



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA, FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND
SUBSTANCE DEPENDENCE.

TITLE:

**COMPULSORY ADMISSION OF MENTALLY ILL PATIENTS IN CHILE:
LEGISLATION AND PRACTICE**

STUDENT: DR. ÁLVARO JERIA DURÁN

MASTER'S DISSERTATION IN MENTAL HEALTH POLICY AND SERVICES

SUPERVISOR: DR. PROF. MIGUEL XAVIER

YEAR OF COMPLETION: 2017

TITULO:

HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MENTALES EN CHILE: LEGISLACIÓN Y PRÁCTICA.

Agradecimientos:

Agradezco a mi supervisor Dr. Prof. Miguel Xavier, Universidade NOVA de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas; al Hospital Sótero del Río, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente; a la Pontificia Universidad Católica de Chile; a Carolina, mi compañera de vida y a mi adorada familia, por su infinita paciencia y compañía en este proceso.

ÍNDICE

NÚMERO	CONTENIDO		PÁGINA
	Portada		1
	Título/ Agradecimientos		2
	Índice		3
	Resumen	Español	4
		Inglés	5
		Portugués	6
I	Primera Parte: Antecedentes		7
1	Introducción: Salud Mental, Derechos Humanos y su situación Global		7
2	Historia De La Hospitalización Psiquiátrica o Cuidado Institucional		10
3	Hospitalización Psiquiátrica en el Mundo		14
	a)	Hospitalización Psiquiátrica Involuntaria en el Mundo	16
	b)	Aspectos Éticos	20
	c)	Aspectos Legales	21
	d)	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)	26
4		El Caso de Portugal	36
II	Segunda Parte		45
5	Salud Mental y Hospitalización Psiquiátrica en Chile		45
6	Situación Legal de la Hospitalización Involuntaria en Chile		49
		Constitución Política de la República de Chile	49
		Decreto Supremo N° 570	51
		Ley 20.584	54
		Situación Chilena en relación a la CDPD	56
	Epidemiología de la Hospitalización Involuntaria en Chile		57
III	Tercera Parte: Breve Estudio Descriptivo		59
		Metodología	59
		Resultados	61
		Discusión	69
IV	Conclusiones		71
	Referencias		75

RESUMEN

Las hospitalizaciones involuntarias en psiquiatría han sido prácticas frecuentes y altamente controversiales desde el inicio de los cuidados institucionales en salud mental.

Pese a ser potencial fuente de serias vulneraciones a los derechos humanos de las personas, múltiples cuerpos legales -tanto internacionales como locales- se relacionan con este fenómeno, destacando la Convención para los Derechos de las Personas con Discapacidad, considerando la protección que provee pero también las múltiples tensiones que se desprenden de su interpretación.

El objetivo del presente estudio es describir aspectos históricos, epidemiológicos, éticos, legales y prácticos respecto a las hospitalizaciones involuntarias en general, describiendo su situación en Portugal; y realizando un breve estudio descriptivo del registro de dichas hospitalizaciones en Chile.

Los resultados muestran la grave carencia de información en el sistema sanitario Chileno sobre las hospitalizaciones involuntarias, así como la necesidad de actualizar las normas que las regulan y armonizarlas con leyes nacionales y con los compromisos internacionales adquiridos por Chile. Así mismo, se plantea la necesidad de que la comunidad internacional, principalmente actores relevantes del sistema sanitario, sean parte de la toma de decisiones relativa al diseño e implementación de las regulaciones legales internacionales, principalmente de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, que puede convertirse en una nueva fuente de estigma y discriminación.

Palabras Clave: Hospitalización Involuntaria; Internación; Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad; Derechos Humanos; Legislación

EXECUTIVE SUMMARY

Compulsory hospitalizations in psychiatry have been frequent and highly controversial practices since the beginning of institutional care in mental health.

Despite being a potential source of serious violations of human rights, multiple legal bodies - both international and local - are related to this phenomenon, highlighting the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, considering the protection it provides but also many tensions that arise from its interpretation.

The objective of the present study is to describe historical, epidemiological, ethical, legal and practical aspects regarding compulsory hospitalizations in general, describing their situation in Portugal; and conducting a brief descriptive study of such hospitalizations in Chile.

The results shows the serious lack of information in the Chilean health system on compulsory hospitalizations, as well as the need to update the norms that regulate them and to harmonize them with national laws and with the international commitments acquired by Chile. It also raises the need for the international community, mainly relevant actors in the health system, to be part of the decision-making process regarding the design and implementation of international legal regulations, mainly the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which might become a new source of stigma and discrimination.

Keywords: Compulsory Hospitalization; Admission; Convention on the Rights of Persons with Disabilities; Human rights; Legislation

RESUMO

As internações obrigatórias na psiquiatria têm sido práticas frequentes e altamente controversas desde o início dos cuidados institucionais em saúde mental.

Apesar de ser uma fonte potencial de violações graves dos direitos humanos, múltiplos órgãos jurídicos - tanto internacionais como locais - estão relacionados a este fenômeno, destacando a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, considerando a proteção que fornece, mas também muitas tensões que surgem de Sua interpretação.

O objetivo do presente estudo é descrever aspectos históricos, epidemiológicos, éticos, legais e práticos relativos às internações compulsórias em geral, descrevendo sua situação em Portugal; e realizando um breve estudo descritivo de tais hospitalizações no Chile.

Os resultados mostram a grave falta de informação no sistema de saúde chileno sobre internações compulsórias, bem como a necessidade de atualizar as normas que os regulam e harmonizá-los com as leis nacionais e com os compromissos internacionais adquiridos pelo Chile. Também levanta a necessidade de a comunidade internacional, principalmente atores relevantes no sistema de saúde, fazer parte do processo de tomada de decisão no que diz respeito à concepção e implementação de regulamentos jurídicos internacionais, principalmente a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o que poderia Tornar-se uma nova fonte de estigma e discriminação.

Palavras-chave: Hospitalização obrigatória; Admissão; Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência; Direitos humanos; Legislação

I. PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES

1. INTRODUCCIÓN: SALUD MENTAL, DERECHOS HUMANOS Y SU SITUACIÓN GLOBAL

La salud mental es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un estado de bienestar en el que cada individuo desarrolla su potencial, puede lidiar con el estrés normal de la vida, lograr un desarrollo laboral productivo y provechoso, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.”¹ En esta definición, amplia en su foco, se considera como parte fundamental la posibilidad del individuo de desarrollarse en diversos aspectos de la vida humana, ampliando entonces el objetivo de la salud a algo que trasciende la ausencia de enfermedad, y que se comprende mejor como la expresión de toda la dignidad y potencial que poseen los seres humanos.

Las violaciones a los derechos humanos de las personas con discapacidad mental han sido largamente documentadas en la literatura internacional², incluyendo la exclusión social, el estigma y diversas formas de discriminación, como la dificultad de acceso al cuidado de la salud o la baja priorización de los problemas de salud mental en la agenda política, entre otras.³

En este contexto, es fundamental reconocer los marcos legales y normativos relativos a los derechos humanos, tanto internacionales como regionales y locales, que pueden ser un mecanismo efectivo en la prevención de las violaciones a los derechos humanos, la discriminación, y en promover autonomía y libertad de estas personas. Algunos de los documentos más relevantes en relación a los derechos humanos incluyen: los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud

¹ Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Geneva, World Health Organization, 2005.

² Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chávez, E., Katontoka, S. & Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *The Lancet*, 378(9803), 1664-1675.

³ WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneva, World Health Organization, 2005.

Mental (1991);⁴ la Convención Europea para la protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales⁵ (1950), la Declaración de Hawái⁶ (1983), y, más recientemente promulgada y con un alcance global, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Dentro de sus recomendaciones, la OMS insta a los estados miembros a contar con políticas, planes, leyes y servicios que sean respetuosos y promuevan los derechos humanos de quienes padecen enfermedades mentales, que permitan “empoderarlos para tomar decisiones sobre sus vidas, proveerles de protección legal, y asegurar su completa integración y participación en la comunidad.”⁷

La OMS estima que en el mundo hay 600 millones de personas viviendo con discapacidades, en distintos tipos y grados, de los cuales un 80% vive en países en países de bajos ingresos. Sólo el 2% de los niños con discapacidad recibe educación o rehabilitación en los países en vías de desarrollo. Dentro de las dificultades relativas a la salud mental, en 2005 un 40% de los países no tenía políticas relativas a este tema, hasta un 64% de los países no contaba con leyes relacionadas a la salud mental, o tenía legislaciones que databan de más de 10 años,⁸ y un 30% de los países no tenía un programa de salud mental.⁹ Mucho esfuerzo se ha realizado en estas últimas dos décadas, que se reflejan en que hoy el 68% de los estados miembros “dispone de una política o un plan de salud mental específico”, y el 51% ya cuenta con leyes independientes de salud mental.¹⁰ En los países que sí cuentan con legislación, muchas veces se limita al aspecto de la hospitalización involuntaria en hospitales psiquiátricos, sin que se refiera eficazmente a la protección de los derechos humanos de quienes se encuentran ahí recluidos, o con escasa aplicación práctica en otras áreas relevantes para la salud mental.

⁴ Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care. In: UN, editor. GA Res 119: UN GAOR; 1991.

⁵ Convención Europea para la protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales Accesible en: <http://www.derechoshumanos.net/Convenio-Europeo-de-Derechos-Humanos-CEDH/>

⁶ Hawaii Declaration (1983), Accesible en <http://www.codex.vr.se/texts/hawaii.html>

⁷ Promoting The Rights Of People With Mental Disabilities. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html, accessed 4 September 2007; Mental Health, Human rights and Legislation Information Sheet, Sheet1).

⁸ Mental Health Atlas, Geneva, World Health Organization, 2005.

⁹ Promoting The Rights Of People With Mental Disabilities. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html, accessed 4 September 2007; Mental Health, Human rights and Legislation Information Sheet, Sheet1).

¹⁰ Mental Health Atlas, Geneva, World Health Organization, 2014.

Además, muchas legislaciones locales no se encuentran armonizadas con los tratados internacionales sobre derechos humanos, y aún no se logra con plenitud la participación de personas con trastornos mentales y sus familias.

El Plan de Acción de la OMS para la Salud Mental 2013-2030 se fija, entre sus metas,¹¹ reforzar el liderazgo y la gobernanza en salud mental, llegando al 80% de estados con planes y políticas actualizadas en salud mental, en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de DDHH; y al 50% de estados con legislaciones en salud mental en la misma línea.

En el presente trabajo se busca abordar el problema de la hospitalización psiquiátrica involuntaria en salud mental, describiendo su situación en el mundo, algunos aspectos legales y éticos, experiencias comparadas, para finalmente describir la situación actual en Chile. A la luz de este diagnóstico se buscan describir fortalezas, dificultades y oportunidades para mejorar, proponiendo finalmente medidas concretas para esta situación a nivel local, pero extrapolables a otros países.

¹¹ Mental Health Atlas, Geneva, World Health Organization, 2014.

2. HISTORIA DE LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA O CUIDADO INSTITUCIONAL ¹²

El cuidado de las personas con patologías mentales graves estaba, en la antigüedad, a cargo de sus familiares. El único cuidado institucional posible en esos tiempo, ocurría cuando los familiares llevaban a sus enfermos a las iglesias, templos u otros sitios espiritualmente relevantes, con la esperanzas de que eso curara sus enfermedades.

Ha sido descrito que en los hospitales islámicos del s.VIII, los nacientes galenos incorporaron técnicas médicas griegas y se enfocaron en los aspectos físicos de la enfermedad mental más que en los espirituales, consiguiendo sintetizar el pensamiento greco-occidental con el oriental.¹³ Esto se expresó en su diversidad de tratamientos, ofreciendo tratamientos en ambientes relajantes, con intervenciones que incluían baños, sangrías, drogas, dieta, utilización del teatro, la danza y el canto como medio de sanación.

Es en estos *Bimaristanes* (palabra que proviene del persa bimar-, enfermo, e -istán, lugar, casa o asilo), donde se cree que las primeras hospitalizaciones psiquiátricas tuvieron lugar, posiblemente la primero de ellas en la ciudad de Bagdad, hacia el año 800 dC.¹⁴ Se buscaba que fueran lugares donde el paciente pudiera reestablecer el funcionamiento de su mente bajo un tratamiento digno, alejado del concepto de internamiento indefinido dado el valor que la medicina islámica daba al ámbito social y del carácter transitorio que atribuían a la enfermedad. Sin embargo, y al mismo tiempo, se describe el uso de cadenas y ataduras que algunos historiadores han descrito como medios de tortura y otros como medios necesarios para proteger al enfermo y los que los rodeaban. Es en este ejemplo donde podemos ver el germen de la dicotomía que se plantea en la sociedad -hasta nuestros días- respecto a la Hospitalización Involuntaria: una transgresión imperdonable

¹² Global mental health : principles and practice / edited by Vikram Patel, Harry Minas, Alex Cohen, Martin J. Prince. Oxford University Press 2014

¹³ Fernández Vázquez, A. y Mañá Ares, R. (2016). El legado islámico en los cuidados psiquiátricos. El Maristán de Granada. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 20(45). Accesible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.06>

¹⁴ Ibid.

a los derechos humanos del paciente, versus el cuidado imprescindible orientado a la restitución de la autonomía perdida.¹⁵

Esta concepción de cuidado del enfermo mental, se habría transmitido hacia Europa con la invasión de los moros a España en el s.VIII, sin embargo el cuidado institucional de personas con desórdenes mentales, solo se estableció ahí en el s.XIV, con el primer Bimaristán para enfermos mentales en Granada, que admitió personas con estas dolencias. Cabe mencionar que el Hospital d'Innocents, Folles i Orats de Valencia, y el hospital londinense de Bethlem debaten también, hasta el día de hoy el título de primer psiquiátrico del mundo.

A contar del siglo XV algunas instituciones católicas copian el modelo, que entonces se expande significativamente en la península ibérica. Luego, en 1567, esta tradición se habría llevado a México cuando el primer hospital psiquiátrico del hemisferio Oeste habría sido fundado. Sólo 2 siglos después se funda el primer asilo mental en Norteamérica, en la colonia de Virginia (1773). Este proceso fue seguido por el desarrollo de múltiples hospitales psiquiátricos públicos y privados en Estados Unidos y Canadá en la primera mitad del s. XIX. Este desarrollo en América del Norte, corrió en paralelo con el desarrollo de instituciones en Europa, produciéndose una gran expansión de asilos públicos en países como Inglaterra, Francia y Bélgica, con la consiguiente expansión mundial de las camas de hospitalización psiquiátrica, y, con ellas, la involuntariedad.

Ya entrado el siglo XIX, tiene inicio el proceso de descrédito del manicomio como solución total al problema de la salud mental, que posteriormente se concreta en el movimiento de desinstitucionalización, que intentan buscar medidas alternativas para el cuidado de los enfermos mentales como reacción a este modelo asilar. El cambio de modelo es movilizado por una creciente conciencia sobre las falencias de los manicomios en múltiples sentidos, de las consecuencias negativas de hospitalizaciones “crónicas”, sumado a la conciencia de los derechos de las personas que entraban en franco contraste con las flagrantes violaciones a los derechos humanos de las que eran víctimas los

¹⁵ Chodoff P. Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. Am J Psychiatry 1984; 141 (3): 384-9.

enfermos mentales en estos recintos. A esto se suma el advenimiento de corrientes de normalización e inclusión de la patología mental al campo de “lo curable”, tanto psicoterapéuticas como farmacológicas.

El primer esbozo de un programa comunitario de salud mental se origina en Geel donde se establece un sistema mediante el cual los pobladores recibían un pago por alojar en sus casas a peregrinos que eran enfermos mentales, quienes llegaban a la ciudad a rezar a Santa Digna, patrona del enfermo mental. Este sistema empezó a parecer una alternativa atractiva frente a la acumulación de casos crónicos en los asilos, llamando la atención de autoridades de otros países europeos y de América del Norte, que discutían acerca de la mejor solución al problema. Sin embargo, estos debates no dieron frutos hasta después de 1950. Mientras tanto, el sistema de asilos, siguió expandiéndose por el mundo, de la mano de la colonización europea, estableciéndose este sistema en India, Singapur, Sudáfrica y Nigeria, y se estableció además en países que nunca fueron colonizados como Japón y Tailandia.

Otros factores a considerar en la corriente mundial de desinstitucionalización fueron: el desarrollo de una perspectiva y comprensión comunitaria de la enfermedad mental, y por ende de su proceso de recuperación; los altos costos de los hospitales psiquiátricos, sobre todo para economías dañadas por la Segunda Guerra Mundial, o emergentes como es el caso de sudamérica; el descubrimiento de la psicofarmacología, inaugurado por la clorpromazina en 1954, abriendo una nueva dimensión al tratamiento de estas enfermedades, entre otras. La consecuencia natural fue el inicio del proceso de desinstitucionalización en diferentes puntos del globo, orientado en muchos casos al cierre o la reconversión de los hospitales psiquiátricos, y siendo reemplazados por los llamados dispositivos comunitarios.

Sin embargo, este panorama no es una realidad global, pues en muchos países en vías de desarrollo la institucionalización sigue siendo un desafío a enfrentar. Por ello organismos internacionales como la OMS desarrollan programas para la instalación de capacidades en

todos los niveles de atención de las redes de salud, como ser el mhGAP¹⁶, orientado a atención primaria de salud. Así también es importante considerar experiencias como la ocurrida en los Estados Unidos y en otras partes del mundo, donde el proceso de desinstitucionalización ha sido brusco, sin una gradualidad que permitiera el desarrollo previo de una red de dispositivos comunitarios¹⁷, generando un enorme grupo de personas que cambiaron el hospital psiquiátrico por la calle o, peor aún, la cárcel¹⁸ o definitivamente el suicidio.¹⁹

¹⁶ Mental Health Global Action Programme (mhGAP), WHO. Accesible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/

¹⁷ Drake, R. E., & Latimer, E. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in North America. *World Psychiatry*, 11(1), 47-51.

¹⁸ Mundt, Adrian P., et al. "Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990: does the Penrose hypothesis apply?." *JAMA psychiatry* 72.2 (2015): 112-118.

¹⁹ Gibbons, R. D., Hur, K., & Mann, J. J. (2017). Suicide Rates and the Declining Psychiatric Hospital Bed Capacity in the United States. *JAMA psychiatry*.

3. HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN EL MUNDO

A nivel global, el número de camas de hospitalización psiquiátrica oscila entre menos de 5 por 100.000 habitantes en países en vías de desarrollo, hasta 50 por 100.000 habitantes en países desarrollados,²⁰ generándose así una dramática brecha en la disponibilidad de un recurso que es esencial para el buen funcionamiento de redes ambulatorias de salud mental comunitaria.

Un número importante de las camas a nivel mundial aún se encuentra al interior de hospitales psiquiátricos (6.5/100.000 habitantes), pese a las múltiples iniciativas orientadas a la desinstitucionalización de la psiquiatría, como la creación de unidades de hospitalización psiquiátrica al interior de hospitales generales.

Este fenómeno es mucho más preocupante en países desarrollados, donde las camas en hospitales psiquiátricos llegan a 41.8/100.000 habs., principalmente en la comunidad europea donde ese número llega a 35/100.000 (Ver Tabla). El principal motivo de preocupación es que los tiempos de estadía en estos dispositivos tiende a la cronificación, mostrando que en algunas regiones hasta un 40% de los pacientes permanece hospitalizado por más de 1 año, siendo una de esas regiones las Américas.

Por otra parte, las Unidades de Hospitalización psiquiátrica al interior de Hospitales Generales son dispositivos dedicados a la atención aguda de problemas de salud mental que no son abordables de manera ambulatoria (Ver Tabla 1).

La estadía en estos dispositivos es notablemente más corta, medible en semanas, lo que impacta directamente en un mayor número de ingresos, como es esperable. La disponibilidad de estas camas es francamente menor, con un promedio mundial de 2.1 camas por 100.000 habitantes, representando casi un tercio de las camas en hospitales psiquiátricos.

²⁰ Mental Health Atlas, Geneva, World Health Organization, 2014.

TABLA 1: Número de Camas y Admisiones en Hospitales Psiquiátricos comparada con Unidades de Hospitalización Psiquiátrica en Hospitales Generales, a Nivel Mundial (expresada en Tasa por 100.000 habitantes)**

Países*	Nº de camas Hosp Psiquiátrico	Nº de Admisiones Hosp Psiquiátrico	Nº de camas Hosp General	Nº de Admisiones Hosp General
Mundial	6.5	35.8	2.1	43.8
Bajos	1.6	7.6	0.5	3.8
Medio-Bajos	4	14.4	0.6	7.8
Medio-Altos	14.4	41.9	2.8	58.6
Altos	41.8	142.3	11.5	126.8

*Clasificación de Países según Ingreso, Banco Mundial.²¹

**Tabla modificada de *Mental Health Atlas 2014*, WHO.

²¹ <http://data.worldbank.org/>

a. Hospitalización Psiquiátrica Involuntaria en el Mundo

La hospitalización involuntaria en servicios de psiquiatría es uno de los temas más controversiales en el campo de la salud mental, pues desafían por un lado la capacidad del paciente de autodeterminarse, tanto como la capacidad de los sistemas sanitarios de dar una adecuada respuesta a las necesidades de personas afectadas de patologías graves, donde puede estar en riesgo su seguridad e integridad física, la de su familia e incluso la comunidad toda. En dicho sentido, una hospitalización puede salvaguardar el derecho de la persona al goce del más alto estándar posible de salud, que es incapaz de manifestar en un determinado momento o condición. Lamentablemente, y a la vez, acarrearán el potencial riesgo de un uso abusivo “por razones políticas, sociales u otras.”²²

Entre los intereses que se debaten y tensionan respecto a este tipo de hospitalizaciones, se pueden identificar: los derechos humanos de la persona a la que se aplica esta medida, la necesidad de seguridad pública, y la necesidad de la persona de recibir un tratamiento adecuado.²³

La OMS sugiere, dentro de las principales propuestas para minimizar el riesgo de hospitalizaciones involuntarias arbitrarias, que los estados desarrollen mecanismos legales y de supervisión de estos procedimientos, que también velen por la protección contra tratamientos degradantes e inhumanos, y que contemplen mecanismos para que la persona afectada pueda apelar a dicha decisión.²⁴

En el Atlas de la Salud Mental de la OMS (2014), 79 países entregaron datos en relación a las hospitalizaciones involuntarias. Un 11.6% de todas las admisiones a nivel global son involuntarias, con un aumento para hospitales psiquiátricos (llegando a un 17%), y con

²² WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation. Geneva, World Health Organization, 2005.

²³ Salize HJ, Dressing H, et al. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report, for the European Commission Health & Consumer Protection. Germany, 2002.

²⁴ Promoting The Rights Of People With Mental Disabilities. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html, accessed 4 September 2007; Mental Health, Human rights and Legislation Information Sheet, Sheet1).

una clara diferencia por región (elevándose a un 60% en el sudeste asiático y algunas regiones del pacífico oeste).²⁵

La tasa de hospitalizaciones involuntarias también ha sido motivo de estudio y revisión. En 2002 se publicó una revisión de las tasas al interior de la comunidad europea, utilizando series breves de datos (en su mayoría de provincias particulares, y con un tiempo de seguimiento de 1 año),²⁶ que demostró una amplia variabilidad entre diferentes países, desde 12.4 por 100.000 en algunas regiones de Italia (que según los autores podría relacionarse al fuerte incentivo en dicho país hacia la salud mental comunitaria), hasta 232 por 100.000 en regiones de Finlandia. Una de las principales conclusiones de este estudio es la ausencia de datos a nivel nacional y regional, asumiendo que los datos presentados no lograron ser representativos de la comunidad europea.

Esta ausencia de datos llevó a la Unión Europea a financiar y desarrollar un trabajo sistematizado de revisión del estado de las hospitalizaciones y tratamientos involuntarios entre sus países miembros.²⁷ Datos de este estudio, publicados en 2004,²⁸ mostraron una tendencia similar a la descrita por Zinkler, con tasas bajas como en el caso de Portugal (6 por 100.000 en 2000), hasta altas tasas en Finlandia (218 por 100.000), coincidentemente.

Existe debate sobre la verdadera dimensión de las hospitalizaciones involuntarias en el mundo. Por una parte, algunos autores proponen que el cambio del modelo manicomial hacia el modelo comunitario sería responsable de no poder dar una respuesta cabal a las necesidades de personas con enfermedades mentales severas, lo que podría entonces relacionarse a un aumento en el número absoluto de hospitalizaciones involuntarias.^{29,30} Sin embargo, al realizar el análisis de los datos europeos entre 1990 y 2000 se ha logrado

²⁵ Mental Health Atlas, Geneva, World Health Organization, 2014.

²⁶ Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe--a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2002 Jul;106(1):3-8.

²⁷ Salize HJ, Dressing H, et al. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report, for the European Commission Health & Consumer Protection. Germany, 2002.

²⁸ Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry.* 2004 Feb;184:163-8.

²⁹ Munk-Jørgensen P. Has deinstitutionalization gone too far?. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1999;249(3):136–43.

³⁰ Lamb HR, Bachrach LL. Some Perspectives on Deinstitutionalization. *Psychiatric Services* 2001 Aug;52(8):1039–45.

establecer que el porcentaje de hospitalizaciones involuntarias tiende a mantenerse relativamente estable, pese a que múltiples factores afectan dicha estabilidad: cambios en el marco legal de las hospitalizaciones, cambios administrativos, y diferencias en los estándares de calidad de los servicios de salud mental.³¹ Otro punto relevante es la ausencia de registros oficiales en la mayoría de los países del globo respecto a las hospitalizaciones involuntarias, lo que dificulta enormemente los estudios en este tema.

Respecto a los factores que se pueden relacionar con la necesidad de cursar una hospitalización involuntaria, un estudio realizado en Estados Unidos³² mostró que habrían al menos tres factores independiente: 1. La presencia de síntomas psicóticos; 2. La comorbilidad con otras condiciones médicas; 3. El número total de fármacos que recibe, así como su adherencia previa a tratamiento. Los pacientes con síntomas psicóticos, con comorbilidades médicas, y que tienen historia de polifarmacia y de mala adherencia a tratamiento tendrían un mayor riesgo de requerir hospitalización involuntaria.

Respecto a los diagnósticos, un estudio Irlandés³³ que examinó las 1633 admisiones involuntarias ocurridas en 2009 (que representaban el 8% del total de ingresos), mostró que un 37.5% de los pacientes admitidos involuntariamente presentaban como diagnóstico principal esquizofrenia, seguido por trastornos afectivos con un 16.9% y trastorno por uso de sustancias con un 7.1%; y que el diagnóstico tenía valor estadístico como predictor de la involuntariedad del ingreso. Al comparar estos datos con los registros nacionales irlandeses, las tendencias se mantenían.

Dentro de los estudio más relevantes respecto a medidas coercitivas y sus outcomes, destaca también el estudio European Evaluation of Coercion in Psychiatry and

³¹ Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb;184:163-8. PubMed PMID: 14754830.

³² Craw, J., & Compton, M. T. (2006). Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(12), 981–988. <http://doi.org/10.1007/s00127-006-0122-7>

³³ Ng XT, Kelly BD. Voluntary and involuntary care: three-year study of demographic and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. *Int J Law Psychiatry*. 2012 Jul-Aug;35(4):317-26. Doi: 10.1016/j.ijlp.2012.04.008

Harmonization of Best Clinical Practice, EUNOMIA³⁴, estudio naturalístico financiado por la comunidad europea, que incluyó a 13 centros en 12 países, y que buscó abordar la enorme dispersión que muestra la evidencia sobre la realidad de estas medidas en diferentes países.

La percepción que los pacientes tuvieron sobre la hospitalización fue evaluada en EUNOMIA (2010)³⁵, en 11 países, analizando la información de 2326 pacientes ingresados involuntariamente a unidades de psiquiatría. Se midió la percepción respecto a la hospitalización involuntaria al mes y a los 3 meses de ocurrido el ingreso. Entre un 39 y un 71% por ciento de los pacientes consideró que la hospitalización involuntaria era lo correcto al mes de ocurrida, cifra que se elevó hasta un 46 a 86% a los 3 meses, con un promedio de 63%. En este estudio destaca una amplia dispersión de los datos al comparar por los diferentes países involucrados en el estudio donde, a los 3 meses, en Suecia menos de la mitad de los pacientes consideró que la hospitalización era lo adecuado, versus un 86% en Italia.

Una de las propuestas de los autores a la luz de lo hallado es que la diferencia en el nivel de protección de los intereses del paciente que provee la legislación y los procedimientos se podría relacionar a la diversidad en la apreciación de la indicación de hospitalización involuntaria, así como diferencias culturales; pero son enfáticos en considerarlo un análisis especulativo, post hoc. La variación no es explicada por características sociodemográficas, diagnóstico, ni sintomatología.

³⁴ KALLERT TW, GLÖCKNER M, ONCHEV G, et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry*. 2005;4(3):168-172.

³⁵ Priebe S, et al. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry*. 2010 Mar;196(3):179-85.

b. Aspectos Éticos

Otro punto de vista que debe ser considerado es el de la ética médica. Dos de los cuatro principios esenciales planteados por Beauchamp y Childress son los que entran en franca tensión: por un lado el principio de autonomía, que “se refiere a la capacidad que tiene el enfermo para decidir, siempre que exprese su deseo”; en contraposición con el de beneficencia, que “manda hacer el bien no sólo al individuo enfermo, sino a la sociedad en su conjunto”.³⁶ Frente al paciente que padece una enfermedad mental gravemente descompensada, la reflexión inicial debe considerar si la naturaleza misma de la enfermedad afecta en alguna medida su capacidad de consentir respecto de las indicaciones, sobre todo de la hospitalización como una manera de proteger al individuo, y a la sociedad completa. Además, se debe contemplar la transitoriedad de dicha pérdida de autonomía, sobre todo en cuadros que son episódicos, cuyos síntomas se normalizarán con la aplicación de un tratamiento adecuado.

Dentro del principio de beneficencia, hay un aspecto a considerar que puede justificar éticamente la hospitalización involuntaria: el paternalismo médico, donde frente a la incapacidad del paciente de comprender la necesidad de su hospitalización, dado que su cuadro clínico afecte su capacidad de decisión -y por ende impacte negativamente sobre su verdadera libertad y autonomía, es el médico quien debe actuar “beneficentemente” hacia su paciente, en el marco de la relación médico-paciente.³⁷ Por lo anterior, la hospitalización debe tener por objeto no sólo la estabilización clínica del paciente, sino que además debe perseguir la restauración de la autonomía del individuo.

³⁶ Azulay A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? An. Med. Interna (Madrid) vol.18 no.12 dic. 2001

³⁷ McLachlan AJ, Mulder RT. Criteria for involuntary hospitalisation. Aust NZJ Psychiatry. 1999 Oct;33(5):729-33.

c. Aspectos Legales

Las leyes que se relacionan con la Hospitalización Involuntaria pueden ser analizadas en dos niveles: internacional y local.

A nivel internacional, existe un marco de normativas vinculantes, principalmente en materia de derechos de las personas con enfermedad y discapacidad mental, que deben ser consideradas. Las principales normativas internacionales son:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966.
- Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, 1965.
- Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, 1984.
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), 2006.

Considerando la tremenda relevancia y las múltiples tensiones que actualmente se debaten en el ámbito internacional en relación a la involuntariedad de las hospitalizaciones en salud mental, más adelante se abordará la CDPD, en forma particular.

Del punto de vista local, las legislaciones que se refieren a la hospitalización involuntaria pueden desprenderse de leyes específicas, leyes de salud mental, o de leyes y reglamentos dispersos que en su conjunto regulen la situación de hospitalización involuntaria de una persona por causa psiquiátrica.

Una de las principales dificultades al momento de buscar comparar la situación de la hospitalización involuntaria en diferentes países se desprende de la enorme diferencia que hay en relación a la situación legal de ella, como se describió previamente.

Por una parte, las legislaciones internacionales deben articularse armónicamente con las legislaciones existentes en cada territorio, siendo en múltiples casos (como la CDPD) vinculantes para los estados parte de la ONU. Además, las legislaciones poseen ciertas características que hacen que su comparación sea dificultosa: todas consideran la presencia de un diagnóstico psiquiátrico al momento de validar la indicación de hospitalización involuntaria, pero se diferencian enormemente en otros criterios legales y procedurales.

En el estudio de Salize (2004)³⁸, que se resume en la Tabla 2, se destaca que en los países europeos el principal argumento de hospitalización involuntaria es la existencia de un diagnóstico psiquiátrico que requiera compensación, o la presunción de su existencia; y que como argumento complementario el principal es el riesgo para el paciente, y en segundo lugar la necesidad de tratamiento. Otros países agregan además la conciencia de enfermedad como un criterio de relevancia. En 10 de los estados miembros la decisión era tomada por una figura independiente de la autoridad médica (juez, principalmente). Ninguna de las características descritas se relacionan a la tendencia de las hospitalizaciones involuntarias. El principal criterio que sí se relaciona a menores porcentajes y tasas de hospitalización involuntaria fue la notificación o inclusión obligatoria de un representante legal del paciente (abogado, consejero o trabajador social).

³⁸ Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb;184:163-8.

TABLA 2: Comparación del Marco Legal para la Hospitalización Involuntaria en algunos países europeos.

País	Criterio Legal principal	Autoridad que resuelve	Inclusión obligatoria de consejo de pacientes
Austria	Peligro	No-Médica	Sí
Bélgica	Peligro	No-Médica	Sí
Dinamarca	Peligro o Necesidad de Tratamiento	Médica	Sí
Finlandia	Peligro o Necesidad de Tratamiento	Médica	No
Francia	Peligro	No-Médica	No
Alemania	Peligro	No-Médica	No
Grecia	Peligro o Necesidad de Tratamiento	No-Médica	No
Irlanda	Peligro o Necesidad de Tratamiento	Médica	Sí
Italia	Necesidad de Tratamiento	No-Médica	No
Luxemburgo	Peligro	Médica	No
Holanda	Peligro	No-Médica	Sí
Portugal	Peligro o Necesidad de Tratamiento	No-Médica	Sí
España	Necesidad de Tratamiento	No-Médica	No
Suecia	Necesidad de Tratamiento	Médica	No
Reino Unido	Peligro o Necesidad de Tratamiento	No-Médica	No

*Adaptado de Salize & Dressing (2004)³⁹

³⁹ Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry. 2004 Feb;184:163-8.

La principal limitación del estudio radica en que la mayor parte de los antecedentes son aportados por Alemania, Francia y Reino Unido, y que la serie de tiempo se remite a la década comprendida entre 1990 y 2000, previo a múltiples cambios internacionales ocurridos en relación a la legislación en salud mental. Además, hay múltiples factores confundentes, falta de definiciones unívocas en relación a los conceptos vinculados a la hospitalización involuntaria, y una clara ausencia de registro en la mayoría de los países miembros, donde solo $\frac{1}{3}$ es capaz de proveer información sobre el diagnóstico de los pacientes, lo que deja de manifiesto la ausencia de información como la principal limitante.

Posiblemente uno de los tópicos más relevantes es el nivel de protección que se alcanza respecto de los intereses del paciente. En la investigación de Priebe (2010), los autores del estudio⁴⁰ proponen 7 criterios para evaluar las diferentes legislaciones locales en relación a la protección de los intereses de los pacientes, a saber:

- a. La hospitalización involuntaria, es posible sólo cuando el paciente presenta un riesgo para sí o para terceros, o también para evitar riesgos más generales a su salud?
- b. La hospitalización puede ser solicitada sólo por médicos o autoridades, o también por otros interesados?
- c. Es necesaria la participación de una corte o no?
- d. El tiempo de hospitalización involuntaria sin una decisión formal es mayor o menor a 24 horas?
- e. Se garantiza el apoyo legal?
- f. En relación a los procesos de apelación a organismos independientes, existen tiempos obligatorios de respuesta y personas específicas para la apelación?
- g. La decisión de tratamiento involuntario se separa de la decisión de hospitalización involuntaria?

La presencia de los criterios antes mencionados se resume en la siguiente Tabla (ver Tabla 3):

⁴⁰ Priebe S, et al. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. *Br J Psychiatry*. 2010 Mar;196(3):179-85.

TABLA 3: Criterios de protección de los intereses del paciente en cada país.*

	Criterios de protección de los intereses del paciente en cada país						
País	a	b	c	d	e	f	g
Alemania	X	X	X	X	X	X	X
Eslovaquia	X		X	X		X	X
Suecia	X	X		X	X	X	
Portugal		X	X		X	X	
Bulgaria	X		X	X			X
Rep. Checa	X		X	X			X
España			X	X	X		X
Italia		X				X	X
Polonia		X	X		X		
Lituania	X	X	X				
Grecia			X			X	
Inglaterra					X		

*Adaptada y Modificada de Priebe (2010).

d. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)

La adopción por parte de la ONU de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) tiene como propósito “promover, proteger y asegurar el goce completo e igualitario de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidades, y promover el respeto por su inherente dignidad”.⁴¹ Bajo el lema de “nada sobre nosotros sin nosotros” fue fruto de un trabajo colaborativo, donde distintos actores participaron activamente (entre ellos organizaciones de usuarios de servicios de salud y PcD de diversos tipos).

Su adopción en 2006 marcó un verdadero cambio de paradigma respecto al enfrentamiento del fenómeno de la discapacidad, moviendo la perspectiva desde un modelo basado en las PcD como “objetos” de caridad, tratamientos médicos y protección social; hacia uno moderno, donde son “sujetos” plenos de derecho, capaces de reclamar esos derechos y de tomar decisiones sobre sus vidas, con plena integración en la sociedad. La CDPD otorga el reconocimiento universal de la dignidad de las PcD.⁴²

La utilización de un mecanismo como la CPDP busca responder a múltiples necesidades no satisfechas ni visibilizadas en la aplicación de otras convenciones que velan por los derechos humanos de las personas, buscando llevar dignidad y justicia a los marginalizados y olvidados por el mundo. La Convención determina obligaciones legales para promover y proteger los derechos de las personas con discapacidad a los Estados que la han ratificado, sin que ello signifique la adopción de “nuevos” derechos. Además de promover y proteger los derechos humanos en general, la convención menciona entre otros el derecho a gozar del más alto estándar de salud alcanzable, acceso a la justicia, derecho a la libertad y derecho a la vida.⁴³

⁴¹ ONU. Asamblea General de las Naciones Unidas A/61/611 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Diciembre 2006. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> (Accesado el 10 de Diciembre de 2015)

⁴² Monitoring the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Guidance for human Rights Monitors. UN High Commissioner for Human Rights. Professional training series 17. UN 2010.

⁴³ Freeman M, Kolappa K, Caldas de Almeida J, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The Lancet Psychiatry , Volume 2 , Issue 9 , 844 - 850

Los objetivos de una Ley de Salud Mental son, entre otros: el alinear las legislaciones locales con los estándares actualizados de derechos humanos; promover los derechos de las personas con discapacidad mental; promover la Salud Mental mediante medidas intersectoriales y transectoriales; asegurar la provisión de cuidados en Salud Mental en un nivel comunitario; asegurar la inclusión social de las personas con enfermedades mentales severas como a través de medidas orientadas a su habitación, educación y empleo. salvaguardar los derechos de las personas con enfermedad mental que entren en conflicto con la ley; definir mecanismos de monitoreo y evaluación; garantizar el gasto público en Salud Mental con el objetivo de remover las discrepancias en cobertura entre el estado y los seguros privados de salud, y así asegurar un tratamiento igualitario de la Salud Mental frente a otras enfermedades físicas.

- ***CDPD y su definición de Discapacidad***

Uno de los puntos más controvertidos de la CDPD es la ausencia de una definición explícita de Discapacidad en su texto. En su preámbulo, la convención indica que “discapacidad es un concepto en evolución, y que la discapacidad resulta de la interacción entre personas con impedimentos y barreras actitudinales y ambientales que dificultan su participación completa y efectiva en la sociedad, en bases igualitarias con otros”.

Queda de manifiesto, entonces, que situar este concepto en el preámbulo, y no en el artículo 2 de “definiciones” en la CDPD busca hacer explícita la tensión en esta definición.

En su Artículo 1, la CDPD detalla que en “Personas con Discapacidad se incluye a aquellos que tienen impedimentos físicos, mentales, intelectuales o sensoriales de largo plazo”, generando cierta flexibilidad en la aplicación de esta Convención a las legislaciones locales, que por ejemplo pudiesen incluir en su interpretación condiciones de corto plazo, o discapacidades psicosociales. Esto, pues el foco de esta convención está

en la discriminación hacia las PcD y las barreras que dicha discapacidad pudiese generar en su entorno, en contexto de sociedades e individuos poco inclusivos.

Esta cierta ambigüedad en la definición de discapacidad ha significó que sobre la CDPD han surgido miradas críticas, que se abordarán en el análisis de este instrumento de legislación internacional a la luz de la situación de las hospitalizaciones involuntarias en psiquiatría.

- ***CDPD y la hospitalización involuntaria en psiquiatría***

Uno de los pilares de la CDPD es la defensa de la autonomía y los derechos de las personas con discapacidad mental. Es explícita en garantizar en varios de sus artículos aspectos que se relacionan directamente con el derecho a la libertad, a la autodeterminación, pero así también el derecho a la inclusión en la sociedad y a gozar del más alto estándar de salud, y finalmente, de vida. Esto ha generado un intenso debate en el mundo académico por las implicancias que la Convención puede tener para el diseño de políticas, programas, planes y leyes referentes a la salud mental en los países que han ratificado la Convención y su protocolo opcional.⁴⁴

Algunos de los artículos que deben ser tomados en consideración al analizar la hospitalización involuntaria son los siguientes:⁴⁵

- Los países deben garantizar que las personas con discapacidad disfruten de su derecho inherente a la vida en igualdad de condiciones con los demás (artículo 10), garantizar la igualdad de derechos y el progreso de las mujeres y niñas con discapacidad (artículo 6) y proteger a los niños con discapacidad (artículo 7).

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. ONU 2008. Accesible en <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

- Los países deben reconocer que todas las personas son iguales ante la ley, prohibir la discriminación por motivos de discapacidad y garantizar la igual protección jurídica (artículo 5).
- Ellos deben garantizar el acceso a la justicia en igualdad de condiciones con los demás (artículo 13) y asegurarse de que las personas con discapacidad gozan del derecho a la libertad y la seguridad y no están privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente (artículo 14).
- Los países deben proteger la integridad física y mental de las personas con discapacidad, al igual que para todos los demás (artículo 17), garantizar la libertad contra la tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y prohibir los experimentos médicos o científicos sin el consentimiento de la persona (Artículo 15).
- Las leyes y medidas administrativas deben garantizar la ausencia de explotación, violencia y abuso. En caso de abuso, los Estados promoverán la recuperación, rehabilitación y reintegración de la víctima e investigarán el abuso (artículo 16).
- Las personas con discapacidad no deben ser sujetas a interferencias arbitrarias o ilegales con su privacidad, familia, hogar, correspondencia o comunicación. La privacidad de su información personal, de salud y rehabilitación debe ser protegida como la de otros (Artículo 22).
- En cuanto a la cuestión fundamental de la accesibilidad (artículo 9), la Convención exige a los países que identifiquen y eliminen obstáculos y barreras y que garanticen que las personas con discapacidad puedan acceder a su medio ambiente, transporte, instalaciones y servicios públicos y tecnologías de la información y las comunicaciones.
- Las personas con discapacidad deben poder vivir independientemente, ser incluidas en la comunidad, elegir dónde y con quién vivir y tener acceso a servicios

de apoyo en el hogar, residenciales y comunitarios (Artículo 19). La movilidad personal y la independencia se fomentarán facilitando la movilidad personal asequible, la formación en movilidad y el acceso a las ayudas para la movilidad, los dispositivos, las tecnologías de asistencia y la asistencia en directo (artículo 20).

- Las personas con discapacidad tienen derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de su discapacidad. Recibirán el mismo rango, la misma calidad y el mismo nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que los proporcionados a otras personas, recibirán los servicios de salud necesarios debido a sus discapacidades y no ser discriminados en la provisión de seguros de salud (artículo 25).
- Para que las personas con discapacidad alcancen la máxima independencia y capacidad, los países deben prestar servicios integrales de habilitación y rehabilitación en las esferas de la salud, el empleo y la educación (artículo 26).
- Un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, integrado por expertos independientes, recibirá informes periódicos de los Estados Partes sobre los progresos realizados en la aplicación de la Convención (artículos 34 a 39).

La creación del Comité sobre los derechos de las Personas con Discapacidad se materializó en Abril de 2014, compuesta por un cuerpo de expertos independientes, y siendo diseñado como una “entidad asignada a monitorizar la implementación de la Convención”, constituida por miembros propuestos por los países que han ratificado la Convención, buscando que sean de un perfil inclusivo y representativo de la sociedad.

La ratificación del Protocolo Opcional por parte de los Estados miembros le confiere al Comité la competencia de “examinar quejas individuales en relación a posibles violaciones de la Convención, o de iniciar investigaciones en caso que la evidencia oriente a que existan violaciones graves y sistemáticas de la Convención”. Además, el Comité

puede emitir Comentarios Generales interpretando la aplicabilidad de la Convención, y resolviendo finalmente sobre temas de controversia.⁴⁶

La aplicación de esta Convención no ha estado exenta de polémica. Muchos países, algunos de ellos con una larga tradición de respeto y protección de los derechos de las personas con enfermedades mentales, cómo ser Reino Unido⁴⁷, Canadá⁴⁸, Portugal y otros, han visto cuestionadas sus prácticas legales y procedurales a la luz de la Convención.

El informe del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos En el trigésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General, titulado Salud Mental y Derechos Humanos⁴⁹, aborda “algunos de los principales problemas que enfrentan los usuarios de los servicios de salud mental, la persona con problemas de Salud Mental y las personas con discapacidad psicosocial”. Este Informe fue generado como respuesta a la resolución 32/18 del Consejo de Derechos Humanos que solicitaba al Alto Comisionado un informe sobre la integración de una perspectiva de Derechos Humanos en la Salud Mental y sobre la realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con problemas de Salud Mental o discapacidad psicosocial, incluidas las personas que utilizan los servicios de salud mental y comunitarios. En su párrafo tercero, indica que este informe busca “Ofrecer una visión general de los problemas más relevantes” en estos grupos y del “marco normativo aplicable a sus derechos humanos”.

En su párrafo quinto este informe expresa claramente que se deben distinguir tres categorías en relación a lo que menciona la resolución 32/18:

⁴⁶ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, en <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/committee-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-3.html> (Accesado en Diciembre 2016).

⁴⁷ Kelly BD. An end to psychiatric detention? Implications of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Br J Psychiatry. 2014 Mar;204(3):174-5.

⁴⁸ Hoffman SJ, Sritharan L, Tejpar A. Is the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities Impacting Mental Health Laws and Policies in High-Income Countries? A Case Study of Implementation in Canada. BMC Int Health Hum Rights. 2016 Nov 11;16(1):28.

⁴⁹ UN Human Rights Council, 34th Session, 2017. A/HRC/34/32 Mental health and human rights - Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Accesible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/021/37/PDF/G1702137.pdf?OpenElement>

- personas que utilizan los servicios de salud mental: usuarios efectivos o potenciales de servicios de salud mental y servicios comunitarios;
- personas con problemas de salud mental;
- personas con discapacidades psicosociales: Independiente de cómo se autodefinen o del diagnóstico de un problema de Salud Mental, son quienes soportan restricciones al ejercicio de sus derechos y ven obstaculizada su participación en razón de una deficiencia, real o supuesta.

El párrafo quinto termina consagrando el derecho de los grupos previamente descritos de gozar de la protección consagrada en la CDPD, además de otros.

Resulta en extremo preocupante que el alto comisionado proponga esta definición de grupos tributarios y beneficiarios de la convención, principalmente si se considera que en relación a las personas que utilizan los servicios de salud mental se habla de “usuarios potenciales”. Sabiendo que las enfermedades relacionadas a la salud mental pueden aquejar a todas las personas, de un modo tácito y claramente sin una correcta guía técnica psiquiátrica, permite interpretar que la cobertura de los puntos que desarrolla posteriormente son para toda la población, sin ningún distingo; dicho de otra forma, bajo la perspectiva del Alto Comisionado todos somos personas con discapacidades mentales, más allá de la condición potencial que resulta razonable considerar.

El espíritu de la convención está en que los Estados parte garanticen la promoción, protección y goce completo e igualitario de los derechos humanos y las libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad. Resulta un contrasentido diluir dicha preocupación en el fenómeno de la discapacidad, y transformarla -al menos en el campo de la Salud Mental- en un enfoque universal carente de la potencia necesaria.

Si bien es cierto que consagrar derechos y proteger a la población es algo que resulta en extremo necesario, preocupa también la forma en que el Alto Comisionado plantea su visión respecto a la hospitalización involuntaria, basado en gran medida en los comentarios del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

En sus párrafos 29 al 32, el informe del Alto Comisionado es categórico y se refiere “a la prohibición absoluta de la privación de libertad por motivos de deficiencia”. Invocando el artículo 14 de la CDPD, que se adjudica la potestad de proscribir el ingreso en instituciones y el tratamiento no consentido, se busca argumentar que privar a una persona de libertad por motivos de deficiencia (sin que se detalle el concepto en mayor profundidad) sería una vulneración a su derecho a la libertad. Del mismo modo, se considera que aplicar órdenes de tratamiento en la comunidad de tratamiento ambulatorio obligatorio vulneran este mismo derecho pues es una medida impuesta y que oculta una amenaza de detención.

Considerando lo antes expuesto, el Alto Comisionado, apoyándose en las observaciones generales del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (observación general núm. 1 y 35) exige a los Estados partes la derogación de toda ley o norma que autorice el internamiento involuntario. Dado que en la perspectiva del Alto Comisionado todos somos potencialmente personas con discapacidad mental, sencillamente no debiese existir ningún tipo de hospitalización y tratamiento involuntario, insistiendo de un modo pertinaz en su homologación a la tortura y tratos inhumanos y degradantes.

Resulta incuestionable, entonces, la clara ausencia de toda evidencia clínica psiquiátrica respecto de la naturaleza del enfermar psíquico. Como mencionan Freeman, Kolappa K & Caldas de Almeida (Lancet 2015)⁵⁰ es evidente que el Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad se ha alejado dramáticamente de acuerdos intergubernamentales previos y lo que hoy se considera una buena práctica médica. Ellos consideran que esto puede explicarse por dos motivos:

- La ausencia completa de expertos clínicos en el comité, donde ninguno de sus miembros tienen un background clínico (Sin contar con médicos, psicólogos clínicos ni trabajadores sociales)

⁵⁰ Freeman M, Kolappa K, Caldas de Almeida J, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The Lancet Psychiatry , Volume 2 , Issue 9 , 844 - 850

- Una limitada consulta directa a los usuarios, donde se sobrerrepresentó a grupos que rechazan fuertemente la hospitalización involuntaria.

En su trabajo, Freeman et al. (2015)⁵¹ citan los ejemplos del grupo sudafricano Gauteng Consumer Advocacy Movement (GCAM), que apoyan la hospitalización involuntaria y el uso de medicamentos (llegando al 99% de sus miembros en 2013); también un estudio de Soumitra Pathare⁵² que mostró en India un alto apoyo a estas medidas; así como agrupaciones suecas, noruegas y danesas, que finalmente no fueron consideradas en los comentarios generales.

Por otro lado, varios Estados parte apoyan la toma de decisión sustitutiva en algunas circunstancias. Freeman et al. (2005) citan la declaración de Alemania⁵³ cuando menciona que “la interpretación del comité no es compartida por los estados partes en general ni siquiera por una minoría sustancial”. Agrega posteriormente que “Alemania persiste convencida de que hay situaciones en las cuales las personas con discapacidad simplemente no son capaces de tomar decisiones incluso con el mejor apoyo disponible. Por lo tanto, pese a representar un cambio de foco desde la toma de decisiones sustitutiva a la toma de decisiones apoyada, la convención no puede descartar la posibilidad de la toma de decisiones sustitutivas en algunos casos”.

Según proponen Freeman et al., es posible plantear que como potencial consecuencia de esta mirada del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, podría existir un aumento en la cantidad de personas con enfermedades mentales severas sin tratamiento que vuelvan a la comunidad. Como consecuencia de ello, sería posible que

⁵¹ Freeman M, Kolappa K, Caldas de Almeida J, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The Lancet Psychiatry* , Volume 2 , Issue 9 , 844 - 850

⁵² Pathare S, Shields L, Nardodkar R, Narasimhan L, Bunders J. What do service users want? A content analysis of what users may write in psychiatric advance directives in India. *Asian J Psychiatr.* 2015 Apr;14:52-6. En Freeman et al., *Lancet* 2015.

⁵³ *German Statement on the Draft General Comment on Article 12 CRPD*, en Freeman M, Kolappa K, Caldas de Almeida J, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The Lancet Psychiatry* , Volume 2 , Issue 9 , 844 - 850

aumenten hechos de alta connotación pública, que de un modo negativo predispongan a la población general hacia la patología psiquiátrica, o que incluso aumenten los encarcelamientos de personas con estas enfermedades. Lo anterior, sin duda una consecuencia no deseada de esta mirada que el comité promueve, pero que puede dañar severamente todos los avances logrados por la comunidad de la salud mental global en estas varias décadas de trabajo, y contradictoriamente contribuir al aumento del estigma y la discriminación hacia las personas con discapacidad mental.

4. EL CASO DE PORTUGAL

Dentro de los países que han logrado realizar avances en estas materias, destacan casos como el de Portugal, que en las últimas cuatro décadas ha mostrado un enorme avance en materia de legislación y provisión de servicios en salud mental, considerando importantemente las hospitalizaciones involuntarias, salvaguardando los derechos de los pacientes, con revisiones y criterios claros, y procedimientos basados en derecho para su ejecución.⁵⁴

Portugal cuenta con cerca de 10.5 millones de habitantes, un sistema sanitario nacional (creado en 1976)⁵⁵, y un sistema de salud mental basado en el modelo comunitario, pero cuya implementación no ha estado exenta de problemas. La primera Ley de Salud Mental en Portugal se adoptó en 1966, que fue el germen de la integración de la salud mental al cuidado general de la salud, avanzando varias décadas después en la incorporación legal de la salud mental a los hospitales generales (con apoyo de una ley de 1992), e iniciando un proceso de desarrollo del modelo comunitario en los años 80. Sin embargo, este proceso se vio interrumpido por motivos políticos al comienzo de los años 90.

En paralelo, en el mundo fue cobrando más relevancia la recomendación de desarrollar políticas, planes y servicios orientados a la salud mental comunitaria, como se ha descrito previamente. En dicho escenario, en 1998 se aprobó la Nueva Ley Portuguesa de Salud Mental,⁵⁶ alineada con la recomendación de la ONU y de la OMS, respecto a que “la provisión de cuidados de Salud Mental debe favorecerse en un nivel comunitario y con las medidas menos restrictivas posibles, buscando que la rehabilitación psicosocial ocurra en estructuras residenciales, centros diurnos y en unidades de rehabilitación profesional, insertas en la comunidad y adaptadas a los grados específicos de autonomía de cada

⁵⁴ Almeida T, Molodynski A. Compulsory admission and involuntary treatment in Portugal. *BJPsych Int* 13 (1), 2016 Feb; 17-19.

⁵⁵ Xavier M. “Portugal”, en Salize HJ, Dressing H, et al. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report, for the European Commission Health & Consumer Protection*. Germany, 2002.

⁵⁶ Portugal; Ministry of Labour and Solidarity; Ministry of Health (1998). *Lei de Saúde Mental – Lei n.º 36/98 (Mental Health Law 36/98)* Accesible en WHO-MINDbank vía <http://www.mindbank.info/item/3149>

paciente.”⁵⁷ Esto, además, incluyendo a las familias de los pacientes y a las asociaciones de usuarios como parte de la vida de los servicios psiquiátricos.

Esta Ley, que provee una cobertura nacional a todos los ciudadanos portugueses y establece los principios de organización y provisión de servicios de salud mental, enfrentó inicialmente el rechazo de grupos más conservadores (que, al igual que en otros países del orbe, se oponen al desarrollo del modelo comunitario restringiéndolo -entre otras posturas- a ideologías políticas). Finalmente, se logró aprobar gracias al apoyo de múltiples movimientos que apoyaron el modelo comunitario, pero también que se preocupaban de los Derechos Humanos de las personas aquejadas de enfermedades mentales. Es un ejemplo a seguir, en cuanto a que el debate debe incluir a los tomadores de decisiones, grupos de presión, usuarios, familiares e ineludiblemente a los profesionales de la salud. Esta ley es complementada por el Decreto 35 del año 1999, que establece las bases de una política en salud mental y provee detalles sobre la organización de los servicios, así como detalles sobre estructuras fundantes como el Consejo Nacional de Salud Mental, la aplicación a nivel regional, los servicios locales, los hospitales psiquiátricos, entre otros.⁵⁸ Esta normativa ha sido modificada en dos oportunidades ya, siendo la última de ellas en 2009, buscando armonizar la legislación portuguesa con los lineamientos de la Comunidad Europea, así como con los cambios orgánicos del Ministerio de Salud, y el Plan Nacional de Salud Mental portugués.⁵⁹

Respecto de la hospitalización involuntaria, la Ley 36/98 define los principios que la regulan (sin distinguir entre hospitalización y tratamiento involuntario), haciendo además explícitos los derechos de los pacientes que se someten a ella. Es una realidad para Portugal que la hospitalización psiquiátrica sigue siendo responsable de una proporción

⁵⁷ Ibid. Capítulo I, “Disposiciones Generales”. Artículo 3ero, Principios gerais de política de saúde mental. Inciso 1, letras A-D. Accesible en WHO-MINDbank vía <http://www.mindbank.info/item/3149>

⁵⁸ Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 35/99 (Decree-Law no. 35/99). Principios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental. Accesible vía WHO-MINDbank <http://www.mindbank.info/item/2333>

⁵⁹ Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 304/2009 (Mental Health (Amendment) Decree-Law 2009). Accesible vía WHO-MINDbank <http://www.mindbank.info/item/3158>

importante del gasto en salud mental, y que sigue siendo parte relevante dentro de los tratamientos disponibles.⁶⁰

Previo a su promulgación, el derecho a la libertad individual era mérito de la justicia Penal, con lo cual esta legislación se hace cargo de la tensión existente con el artículo 27 de la Constitución de la República de Portugal, en el sentido de que la restricción de la libertad individual debe ser motivo de una ley, para cualquier circunstancia. Incluir la necesidad de hospitalización involuntaria con un fin terapéutico significó modificar dicho artículo, pero confirió la potestad de la hospitalización involuntaria a una corte de justicia, considerando que siempre es un juez el que debe indicarla considerando la opinión de dos psiquiatras evaluadores que se muestren de acuerdo con la medida. Considera además en todo momento que su indicación es motivada por la ausencia de otra medida de tratamiento menos restrictiva, en circunstancias que la persona “se encuentre en un verdadero peligro para ella o para terceros como resultado de su anomalía mental, rechazando su tratamiento; y que la ausencia de un tratamiento adecuado pueda conllevar deterioro de la salud de la persona, siendo ella no consciente de lo anterior.”⁶¹

En relación a los diagnósticos, la ley no se pronuncia, salvo en la determinación de que debe existir una anomalía mental. En ese sentido, surgen algunas dificultades en su aplicación en cuadros como los trastornos de personalidad o consumo de sustancias, por lo que su aplicación se circunscribe principalmente a los cuadros psicóticos.

El proceso de hospitalización involuntaria puede ser iniciado por el representante legal de la persona que padece la alteración; terceros elegibles para ello; autoridades de salud pública; el servicio de persecución pública; médicos; el director clínico de una institución sanitaria, cuando la voluntariedad de hospitalización cambie durante el curso de una hospitalización.⁶²

⁶⁰ Caldas de Almeida, J. M. (2009) Portuguese National Mental Health Plan (2007–2016) executive summary. *Mental Health in Family Medicine*, 6, 233–244.

⁶¹ Xavier M. “Portugal”, en Salize HJ, Dressing H, et al. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report, for the European Commission Health & Consumer Protection*. Germany, 2002.

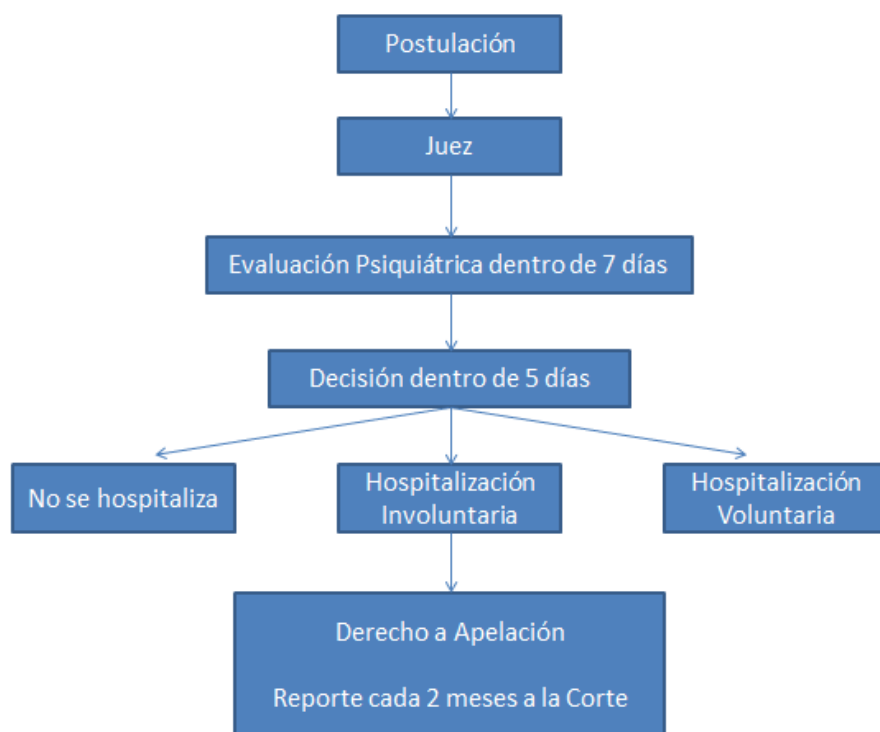
⁶² Almeida T, Molodynski A. Compulsory admission and involuntary treatment in Portugal. *BJPsych Int* 13 (1), 2016 Feb; 17-19.

La decisión final la toma un juez, basado en la opinión de dos médicos psiquiatras que hayan evaluado al paciente y emitido un informe al respecto. Los pacientes tienen derecho a estar presentes en los procedimientos y sesiones de la corte, a ser escuchados por el juez, a contar con el apoyo de un abogado independiente, a presentar pruebas y a apelar en caso de no estar conformes con el fallo.

En caso que los dos psiquiatras que lo evaluaron no lleguen a un acuerdo, esto imposibilita al juez de dictar la hospitalización, requiriendo la opinión de otros dos psiquiatras diferentes. Cabe destacar que el juez no está facultado para indicar la hospitalización si ello contraviene el juicio clínico de los psiquiatras que evalúan al paciente.

La indicación debe ser revisada 2 meses después de la admisión, durante todo el tiempo que ella dure, o antes si alguna de las partes lo requiere. Además, el paciente puede contactar a la comisión de supervisión de la ley de Salud Mental en cualquier momento, y todas las restricciones de sus libertades fundamentales se acaban al momento de su alta clínica. El proceso descrito se resume en la Figura 1.

FIGURA 1: DIAGRAMA DEL PROCESO DE HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA EN PORTUGAL.



*Adaptado de Almeida & Molodynski (2016).⁶³

Dentro de las disposiciones de la ley, se considera que excepcionalmente, cuando la situación clínica de un paciente lo amerita y el paciente rechaza la hospitalización, puede cursarse una hospitalización de emergencia, que puede incluir que la fuerza policial escolte al paciente al servicio de urgencia psiquiátrica más cercano. En ese caso, se debe notificar al tribunal correspondiente, que en un plazo máximo de 48 horas debe iniciar el proceso de hospitalización involuntaria. La otra excepción es cuando el psiquiatra considera que el paciente puede ser beneficiario de un tratamiento ambulatorio contra su voluntad, en cuyo caso el especialista es el encargado de definir los requisitos de dicho tratamiento. Si ellos no se cumplen, se debe notificar a la corte que puede entonces definir la necesidad de hospitalización.

⁶³ Ibid.

Respecto de los tratamientos recibidos, no hay diferencias entre los pacientes que son ingresados voluntariamente contra los que siguen este procedimiento. En contraposición, existen dispositivos forenses para la evaluación y manejo de pacientes ofensores de la ley, que no son tributarios de este mecanismo de hospitalización.

Otro punto relevante es que la ley portuguesa no establece criterios de temporalidad mínima ni máxima de hospitalización, pero fija que las estadías prolongadas deben ser revisada por el juzgado cada dos meses después de la admisión.

Pese a que dentro de los desafíos se señalaba claramente la necesidad de contar con un registro unificado de las hospitalizaciones involuntarias en Portugal, los datos disponibles se refieren a estudios puntuales, sin contar con acceso a bases de datos nacionales al momento de esta investigación.

Los datos nacionales disponibles muestran que las hospitalizaciones involuntarias corresponden en 1999 a un 2.8% de las hospitalizaciones (equivalente a 513 casos, o una tasa aproximada de 5 por 100.000 habitantes), y en 2000 a un 3.2% (equivalente a 618 casos, o una tasa aproximada de 6 por 100.000 habitantes), situando a Portugal dentro del grupo de países con menores tasas de hospitalización involuntaria de las que se tiene registro. Llama la atención, sin embargo, que estas tasas podrían ser marcadamente bajas en relación a la escasez de datos y la parcialidad de los registros; además, no existen datos nacionales disponibles desde la fecha del trabajo publicado por M. Xavier en el reporte europeo de 2002.⁶⁴

Un estudio retrospectivo describió las hospitalizaciones psiquiátricas desde Enero de 2004 hasta Diciembre de 2008 en el Hospital Fernando Fonseca, que cuenta con una unidad de 29 camas en Lisboa.⁶⁵ En este estudio, de las 2018 hospitalizaciones realizadas, un 14% fueron involuntarias, destacando que en los *usuarios frecuentes* (definidos como aquellos con tres o más admisiones en el período del estudio) se eleva hasta un 28%. Un

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Graca J, Klut C, Trancas B, Borja-Santos N, Cardoso G. Characteristics of frequent users of an acute psychiatric inpatient unit: a five-year study in Portugal. *Psychiatr Serv.* 2013 Feb 1;64(2):192-5.

estudio retrospectivo en el Hospital de Coimbra⁶⁶ mostró que en 2010 (considerando 4537 casos evaluados en el servicio de urgencia entre enero y Junio de ese año), 1.3% de los pacientes fueron ingresados a su servicio de psiquiatría requiriendo hospitalización involuntaria, $\frac{2}{3}$ de ellos de sexo masculino y la mitad de ellos desempleados o jubilados. El principal diagnóstico fue esquizofrenia, lo que es consistente con investigaciones previas. Finalmente, un estudio realizado en un hospital psiquiátrico portugués⁶⁷ en relación a 497 pacientes ingresados involuntariamente entre 2005 y 2006 se observó que un 66% eran de sexo masculino, principalmente desempleados o jubilados, y que acuden al hospital en un 62% acompañados por la policía. El estudio no entrega datos sobre a qué proporción de las hospitalizaciones totales representa este grupo.

Respecto a la consistencia de la indicación de hospitalización involuntaria entre los psiquiatras y las autoridades de salud pública, un estudio realizado en Évora⁶⁸ entre enero de 2012 y junio de 2013 mostró que más de un 30% de las solicitudes de evaluación psiquiátrica no detectaron anomalías mentales que justificaran la hospitalización involuntaria; además, más del 70% de las solicitudes no estaba acompañada de información clínica.

Dentro de las principales dificultades que se identifican (Xavier 2002), destaca que la generación de esta Ley careció de un proceso consensuado entre el mundo psiquiátrico y el legal; el mundo psiquiátrico considera que es una Ley “muy judicial” en relación a sus terminologías y procedimientos. Además, exige una gran cantidad de recursos humanos y horas de trabajo para cada hospitalización involuntaria, lo que es una gran limitante en aquellos servicios de menor envergadura, pues requiere varias evaluaciones psiquiátricas, redacción de informes y comparecencia frente a la corte, todas ellas actividades de alto consumo de tiempo. Se ha criticado además su falta de pronunciamiento respecto de la

⁶⁶ F. Polido, H. Bastos, P. Garrido, S. Pereira, A. Craveiro, P-675 - Compulsory hospital admission - use or abuse?, *European Psychiatry*, Volume 27, 2012, Page 1, ISSN 0924-9338.

⁶⁷ Brissos, Sofia, Ana Carita, and Fernando Vieira. "Compulsory admission to a Portuguese psychiatric hospital: retrospective study of 497 involuntary admissions." *BMC Psychiatry* 7.S1 (2007): P2.

⁶⁸ dos Reis, Teresa Alves, et al. "Psiquiatras e Autoridades de Saúde Pública: diferentes perspetivas acerca da necessidade de internamento compulsivo." *Psilogos* 13.1 (2015): 44-50.

temporalidad de las hospitalizaciones, y la dificultad que significa el monitoreo de los tratamientos involuntarios en el mundo ambulatorio.

Por otra parte, en relación a la CDPD, Portugal presentó su reporte nacional según la exigencia del protocolo de acuerdo de la convención, el que fue revisado y observado por el Comité sobre los Derechos de las PcD⁶⁹. En dicha réplica, el Comité “congratula al Estado parte por los progresos hechos en algunos sectores relacionados con los derechos de las personas con discapacidad, en particular por la revisión que está llevando a cabo de su legislación para adecuarla a lo estipulado por la Convención”⁷⁰. Sin embargo, en relación al artículo 14, refiere que “Al Comité le preocupa que el Código Procesal Penal del Estado parte declare inimputables a las personas con discapacidad psicosocial, y que no se respeten sus garantías procesales en el curso de procedimientos penales. Igualmente le preocupan el internamiento de personas con discapacidad con base en el concepto de peligrosidad y la privación de la libertad con base en la discapacidad bajo la Ley de Salud Mental (Leyes 36/1998 y 101/1999)”⁷¹; solicita entonces a Portugal que haga revisión de su legislación buscando garantías para las PcD, en igualdad ante la ley; y que suprima de su legislación la privación de libertad “prevista en la legislación de salud mental que se hace bajo criterio de discapacidad”⁷².

Según lo comentado previamente en relación a la CDPD y a las interpretaciones que el Comité ha realizado sobre el Artículo 14 y las regulaciones de cada país, resulta evidente que en el caso de Portugal el Comité vuelve a omitir los avances y a considerar que la Salud Mental debe ser abordada desde su innegable vinculación con la psiquiatría, y por ende con una buena práctica médica. Suprimir la legislación portuguesa, siguiendo dichas indicaciones, podría suponer un grave aumento de la percepción de estigma y discriminación hacia las personas que padecen enfermedades mentales severas, y finalmente perjudicar la vida de esas personas, sus familias, y finalmente la comunidad completa.

⁶⁹ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, UN. Mayo 2016. Portugal: Concluding observations on the initial report of Portugal. Accesible vía WHO-MINDbank en <http://www.mindbank.info/item/6548>

⁷⁰ Ibid, 2016.

⁷¹ Ibid, 2016.

⁷² Ibid, 2016.

Con todo lo anterior, más allá de problemas prácticos y logísticos, la experiencia portuguesa es un ejemplo exitoso sobre cómo es posible desarrollar legislaciones en relación a la hospitalización involuntaria modernas, comprensivas y respetuosas de los derechos humanos de las personas.

Uno de los temas pendientes es, evidentemente, la necesidad de publicar los datos respecto al seguimiento de las hospitalizaciones involuntarias en Portugal, tras casi 2 décadas de la puesta en marcha de su legislación. La urgencia de esta información radica en la necesidad de poder cuantificar adecuadamente el fenómeno, tanto del punto de vista investigativo como parte de los procesos de control rutinarios en la gestión de sus redes de salud mental.

SEGUNDA PARTE

5. SALUD MENTAL Y HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA EN CHILE

Chile es un país de 17 millones de habitantes, donde más de un 75% de la población se beneficia del sistema público de salud (a través del Fondo Nacional de Salud, FONASA). El 25% restante es beneficiario de un sistema de aseguradoras privadas, que implican un alto costo sobre todo en gasto de bolsillo para las personas.⁷³ El sistema de salud se organiza en 29 servicios de salud, con capacidad de autogestión de sus propios planes y recursos, bajo la regulación del Ministerio de Salud (MINSAL).

En relación a la salud mental, la principal transformación se desprende de un proceso reflexivo, inclusivo, que tuvo como fruto el primer plan Nacional de salud mental en 1993 y que se consolidó posteriormente en el plan del año 2000.^{74,75} Este segundo plan pretendía lograr la instalación del modelo comunitario de salud mental, compuesto por dispositivos integrados a los distintos niveles de atención en salud, asegurando así el acceso y la calidad de las prestaciones de salud mental. Lo anterior, con el apoyo técnico de la OMS, basándose fuertemente en las declaraciones de Alma-Ata (1978) y de Caracas (1990), y el modelo de salud familiar. Sus ideas fuerza fueron: la desinstitucionalización de la SM, el desarrollo de modelos de atención cercanos a los pacientes, en las comunidades y con una fuerte orientación a la rehabilitación.⁷⁶ En su génesis, el Plan Nacional incluyó una visión de la salud mental, con valores y principios ya bastante claros, en la línea de la protección de los derechos humanos de las personas con enfermedad mental, pero también con un foco en la potenciación de la vida comunitaria y del protagonismo del propio individuo en su proceso de salud. Lamentablemente, la instalación de este modelo

⁷³ Jeria Á, Correa M. *Chile y su Sistema de Salud: la próxima Reforma*. En Desarrollo Humano y Solidario: nuevas ideas para Chile. Ed. Idea País, 2016.

⁷⁴ WHO (2014). WHO-AIMS: Sistema de Salud Mental en Chile, 2do informe.

⁷⁵ Minoletti, Alberto, & Zaccaria, Alessandra. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4-5), 346-358.

⁷⁶ González M, Jeria A, et al. "Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo". En "Propuestas para Chile 2014", Capítulo III, págs. 89-118. Pontificia Universidad Católica de Chile.

ha sido gradual y disarmónica, muy limitada por decisiones administrativas de cada servicio de salud (que gozan de autonomía en dicho sentido), uno de los factores que ha impedido que el día de hoy el sistema de salud mental nacional realmente sea capaz de dar respuesta a las necesidades de la población. Las principales barreras identificadas por Minoletti (2005)⁷⁷, y que siguen aún hoy vigentes, han sido: la resistencia natural del cambio, un sistema de sanidad que se ve enfrentado una nueva forma de trabajar, la insuficiencia de los recursos presupuestarios destinado para este fin, la inequitativa distribución geográfica de los recursos, tanto humanos como de infraestructura, que dan reflejo de la centralización que sufre nuestro país; las dificultades en relación al sistema de registro de información en salud mental, y la ausencia de una legislación acorde a las necesidades de la salud mental.

Desde 2003 Chile ha atravesado un proceso mayor de reforma a su sistema de salud, basado en dos Pilares principales⁷⁸: el programa AUGE, acrónimo para Acceso Universal a Garantías Explícitas, sistema de seguro universal orientado a otorgar diagnóstico y cobertura garantizada por ley de las patologías con mayor carga de enfermedad en Chile; y la declaración de prioridad del desarrollo y fortalecimiento de la salud pública, promoviendo un cambio en su modelo desde una perspectiva curativa hacia una aproximación basada en la promoción y prevención bajo una mirada de cuidado integral. El plan AUGE fue apoyado por una ley específica, lo que permitió asegurar presupuesto y cumplimiento en la mayor parte del país, aunque no exento de dificultades. La reforma a la salud pública, por otra parte, no contó con el apoyo explícito de una ley, y las declaraciones que buscaban apoyar su mejora lamentablemente quedaron postergadas a un segundo plano. La instalación del Plan Nacional de Salud Mental tampoco fue apoyado por ninguna legislación específica, por lo que su aplicación debió subyugar sea la autonomía propia de cada uno de los servicios de salud, lo que provoca hasta el día de hoy una desarmonía marcada en la disponibilidad y configuración de las redes territoriales de Salud Mental comunitaria: 58% de los distritos aún no tiene equipos comunitarios de Salud Mental; 38% no tiene camas de hospitalización; la

⁷⁷ Minoletti 2005

⁷⁸ Arancibia E, et al. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. En “Temas de la Agenda Pública”, Año 9 / No 67 / abril 2014. Ediciones PUC.

inequidad y dificultad en el acceso al cuidado de Salud Mental e incluso violaciones a los derechos humanos en este sentido siguen siendo un problema en los grandes hospitales psiquiátricos.

El plan Nacional de Salud Mental apoyaba un modelo escalonado de atención, con la consultoría de Salud Mental como una herramienta muy importante para la salud pública. Un elemento clave para fortalecer la interfaz entre la salud pública y la salud mental era resolver la necesidad de una legislación específica para la salud mental en Chile⁷⁹, que puede ser de extrema importancia para superar las barreras que el desarrollo del modelo comunitario de Salud Mental ha enfrentado.

Otra de las barreras importantes en Chile se refiere al estigma y la discriminación hacia personas con enfermedades mentales, que en muchas partes aún se trata de un asunto cultural, sumado a la falta de recursos y el poco entrenamiento de los trabajadores en Salud Mental.⁸⁰ Una de las razones que explica lo anterior es que la atención primaria de salud depende de las municipalidades⁸¹, sin que exista una estructura de monitoreo o supervisión centralizado, y con escasos incentivos para que los profesionales de la salud se involucren en los programas de Salud Mental en atención primaria. Esto implica que pese a tener números de cobertura que podrían asemejarse al de algunos países desarrollados, la calidad de esta cobertura no ha sido estudiada adecuadamente y persiste como un desafío.

En relación al nivel terciario, el número de camas en hospitales psiquiátricos ha mantenido una sostenida disminución, sobre todo en largas estadías que se encuentran distribuidas en 4 hospitales psiquiátricos, y que constaban de 781 camas en 2004, llegando a 441 en 2012.⁸² Esta reducción ha sido fruto de un esfuerzo sostenido por parte de la autoridad sanitaria en la reforma y desmanicomialización de la salud mental chilena, pero aún es una tarea pendiente. Persisten además algunas dificultades en la implementación

⁷⁹ Jeria Á, Correa M. *Chile y su Sistema de Salud: la próxima Reforma*. En Desarrollo Humano y Solidario: nuevas ideas para Chile. Ed. Idea País, 2016.

⁸⁰ Ibid.

⁸¹ Ibid.

⁸² WHO (2014). WHO-AIMS: Sistema de Salud Mental en Chile, 2do informe.

de las redes a expensas de que un número importante de las camas de hospitalización de cuidados intensivos en psiquiatría aún persisten al interior de los hospitales psiquiátricos, lo que perjudica y enlentece el desarrollo de redes locales, y se ha asociado además a una mayor dificultad en esos territorios para la puesta en marcha de dispositivos comunitarios.

Las camas de hospitalización de las actualmente llamadas Unidades de Cuidados Intensivos en Psiquiatría⁸³ han aumentado de 773 en 2004 a 863 en 2012, principalmente en hospitales generales (62%, versus el 38% que aún se ubica en hospitales psiquiátricos). Los únicos datos disponibles en relación a la hospitalización involuntaria en Chile (WHO-AIMS 2014) muestran la evolución entre 2004, donde representarían un 1.4% de todos los ingresos, aumentando hasta un 6.6%, 4 veces más que el primer dato disponible. Sin embargo, no se dispone del número total de hospitalizaciones, ni tampoco de la tasa que este porcentaje representaría.

⁸³ Jeria Á, et al. Ministerio de Salud, Chile. Modelo de Gestión de las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP). DIGERA, MINSAL. 2016..

6. SITUACIÓN LEGAL DE LA HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA EN CHILE

Las normas jurídicas que se relacionan con la salud mental en Chile se desprenden de un grupo heterogéneo de leyes y normativas dispersas, muchas veces no dialogantes entre sí, y no alineadas con los compromisos internacionales del país (como ser la CDPD), sin que exista en Chile una Ley de Salud Mental que articule las necesidades de la población.

Las leyes y normativas que serán descritas a continuación son aquellas leyes y regulaciones locales que guardan relación con la hospitalización involuntaria por motivos de salud mental de las personas en Chile, para luego reflexionar sobre sus limitaciones y su articulación con las obligaciones internacionales antes descritas.

- ***Constitución Política de la República de Chile***

Aprobada en 1980, redactada en plena dictadura, y muy cuestionada en estos días, la Constitución de 1980 consagra el derecho a la protección de la salud y la integridad psíquica del individuo (Art. 19, números 1 y 9)⁸⁴, que se encuentra alineada además con lo que plantea el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en relación al derecho de que toda persona acceda al “disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.⁸⁵

En este sentido, la Constitución también plantea y protege la igualdad de los individuos ante la ley, en su artículo 2º, y también que la libertad individual es un derecho inalienable, como indica en su Artículo 19 N° 7, que en su apartado letra “b” indica que:

⁸⁴ Constitución Política de la República de Chile, en http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/articles-81837_recurso_1.pdf (Accesado en octubre 2015).

⁸⁵ ONU. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments), en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf> (Accesado en Diciembre 2016).

*“Nadie puede ser privado de su libertad personal ni ésta restringida sino en los casos y en la forma determinados por la Constitución y las leyes”;*⁸⁶

y en la letra “c” refuerza la idea argumentando que:

*“Nadie puede ser arrestado o detenido sino por orden de funcionario público expresamente facultado por la ley y después de que dicha orden le sea intimada en forma legal. Sin embargo, podrá ser detenido el que fuere sorprendido en delito flagrante, con el solo objeto de ser puesto a disposición del juez competente dentro de las veinticuatro horas siguientes.”*⁸⁷

Considerando lo antes expuesto, toda restricción de las libertades individuales debe ser motivo de una ley, garantía explícita de la Carta Fundamental. Así mismo, se consagra el derecho a una defensa jurídica en caso que dicha restricción a la libertad individual fuese invocada sobre un ciudadano. Dicha regulación en ningún caso puede ser reemplazada por un reglamento, instrucción o ninguna otra directriz administrativa.⁸⁸

Lo anterior, pues un reglamento o una norma, de inferior rango a una ley, se enfrenta a las siguientes limitaciones:

- ausencia de discusión parlamentaria y representativa
- ausencia de controles y regulaciones propias de una ley
- posible falta de desarrollo conceptual
- incapacidad de alinear distintos órganos públicos tras sus mandatos

⁸⁶ Constitución Política de la República de Chile, en http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/articles-81837_recurso_1.pdf (Accesado en octubre 2015).

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Gonzalez M, Jeria Á, et al. Capítulo III: Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo. En *Propuestas Para Chile: Concurso Políticas Públicas 2014* Ediciones PUC, Santiago, 2015. Pág 102.

- ***Decreto Supremo N° 570***⁸⁹

El decreto supremo número 570 es la normativa que regula hasta el día de hoy la hospitalización involuntaria en servicios de psiquiatría tanto públicos como privados en Chile. Promulgada en 1998, esta normativa técnica del Ministerio de Salud busca regular y normar los mecanismos para la hospitalización involuntaria. Entró en vigencia en enero de 2001; en los artículos 8° a 16° de su título III, establece el procedimiento de hospitalización, llamado en esta norma “internación”.

Dentro de sus múltiples regulaciones, destacan las siguientes definiciones:

- En su Artículo 8° enfatiza que “todo proceso de tratamiento psiquiátrico que requiera proporcionar internación a una persona con enfermedad o trastorno mental utilizará preferentemente el medio menos restrictivo de sus derechos y libertades personales”. Por consiguiente, busca la alternativa menos restrictiva de tratamiento, dejando la internación involuntaria como un recurso de última línea, teóricamente.
- Internación Involuntaria: toda aquella en que la persona se opone a su hospitalización. Define dos tipos: la internación de urgencia, cuando dura menos de 72 horas, y la internación administrativa si dura más de 72 horas.

En su artículo 13, el DS 570 define la internación de urgencia no voluntaria como “aquella requerida por las personas afectadas por enfermedad mental y que se encuentran en una crisis que conlleva riesgo inmediato para sí o para terceros (...), y no aceptan voluntariamente la internación”. Se refiere a que “debe ser resuelta por un médico, de preferencia especializado en psiquiatría.

⁸⁹ República de Chile Ministerio de Salud, Departamento de Asesoría Jurídica. Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. In: República de Chile, Ministerio de Salud. DTON°570/98. D.OF. 14.07.00; 2000. Accesible en http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-570_14-JUL-2000_internacion%20personas%20enfermedades%20mentales.pdf

En su artículo 14, se define la internación administrativa por resolución de la autoridad sanitaria competente, “en el caso de una persona que fue hospitalizada involuntariamente de urgencia, que al cabo de 72 horas continúa en crisis y persiste en no otorgar su consentimiento para continuar el tratamiento en régimen de internación; o en cuánto se determina por resolución de la Autoridad Sanitaria competente, con el fin de internar en un centro asistencial, a una persona afectada por una enfermedad mental, cuya conducta patológica pone en riesgo su integridad y la de los demás y que se niega a la posibilidad de concurrir voluntariamente a su diagnóstico y tratamiento en un centro asistencial.” Exige, en el caso de pacientes que no se encuentran hospitalizados, que la solicitud vaya siempre acompañada de un informe emitido por un médico psiquiatra, con una validez no mayor a 30 días: “cuando una persona ha sido diagnosticada en la comunidad por un médico psiquiatra, como portadora de una crisis originada en una enfermedad mental, que se manifiesta por conductas que ponen en riesgo su integridad o la de los demás y no consiente la internación en forma voluntaria. La evaluación médica debe estar actualizada (al menos dentro de los últimos 30 días), efectuada por un médico psiquiatra de las redes asistenciales del Sistema Público o un psiquiatra del Sistema Privado.”

- La autoridad encargada de aprobar la solicitud de internación, a contar del 1 de enero de 2005, con la entrada en vigencia de la ley 19.937, es la Secretaría Regional Ministerial de Salud, organismo representante a nivel regional del Minsal. Así mismo, se establece que esta autoridad es la encargada de registrar y salvaguardar la información referente a estos procedimientos administrativos.
- Se define además la figura del traslado administrativo, que es una solicitud presentada ante la autoridad para que el paciente -en caso que también se oponga al traslado al centro asistencial- sea evaluado en un servicio de psiquiatría, sin que ello signifique necesariamente la hospitalización, y cuyo traslado dependerá a su vez de la autoridad sanitaria.

Las solicitudes de internación administrativa y de urgencia requieren de la concurrencia de un informe de un médico psiquiatra, sumado a una solicitud de terceros que puede

corresponder a familiares, autoridad policial, o cualquier miembro de la comunidad. Por su parte, la solicitud del traslado administrativo exige únicamente la presentación de un informe de un médico general, y de otro miembro de la comunidad.

El DS 570 también se refiere a la internación de imputados en el aparato forense, pero dada la naturaleza del presente estudio dicha situación se excluirá del análisis.

Al cumplirse el plazo de 30 días de internación, “y en el único caso de mantenerse las condiciones de crisis que motivaron la internación, el paciente debe ser reevaluado por un médico psiquiatra distinto del tratante, para realizar la solicitud a la prórroga de la internación, por períodos iguales y sucesivos, ante la misma Autoridad Sanitaria.” En otras palabras, no se establece ningún límite a la internación.

La fiscalización del cumplimiento de esta normativa recae en Autoridad Sanitaria, sin que este decreto regule la existencia de mecanismos de defensoría ni apelación de ningún tipo para el paciente.

- ***Ley 20.584, que REGULA LOS DERECHOS Y DEBERES QUE TIENEN LAS PERSONAS EN RELACIÓN CON ACCIONES VINCULADAS A SU ATENCIÓN EN SALUD***⁹⁰

La Ley 20.584, que fue promulgada el 13 de Abril de 2012, tiene por objeto “regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud.” (Art. 1)

Para ello, esta ley se constituye como una carta expresa de derechos y deberes de todos los chilenos en su relación con los prestadores de salud, y su necesidad se alinea con cumplimientos relativos a la reforma que sufrió el sector salud en Chile en el año 2002.⁹¹

En relación a la hospitalización involuntaria, la ley plantea varios puntos relevantes, complementarios al DS 570. En su Artículo 25, plantea las condiciones necesarias para una hospitalización involuntaria:

- a) Certificación de un médico cirujano que indique fundadamente la necesidad de proceder al ingreso de una persona para llevar a cabo la evaluación de su estado de salud mental;
- b) Que el estado de la misma comporte un riesgo real e inminente de daño a sí mismo o a terceros;
- c) Que la hospitalización tenga exclusivamente una finalidad terapéutica;
- d) Que no exista otro medio menos restrictivo de suministrar los cuidados apropiados, y
- e) Que el parecer de la persona atendida haya sido tenido en consideración. De no ser posible esto último, se tendrá en cuenta la opinión de su representante legal o, en su defecto, de su apoderado a efectos del tratamiento y, en ausencia de ambos, de la persona más vinculada a él por razón familiar o de hecho.

⁹⁰ Ley 20.584, que Regula Los Derechos Y Deberes Que Tienen Las Personas En Relación Con Acciones Vinculadas A Su Atención En Salud Accesible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

⁹¹ Bastías G, Valdivia G. REFORMA DE SALUD EN CHILE; El Plan Auge o Régimen De Garantías Explicitas En Salud (GES). Su Origen Y Evolución. Boletín Escuela De Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica De Chile Vol. 32 N°2 2007.

Si bien es cierto que en estos 5 puntos se describen algunas consideraciones básicas para la toma de decisión de una hospitalización involuntaria, se pierde la oportunidad de introducir una mayor regulación al respecto, sin que esta Ley dialogue con la normativa vigente, como ser el DS 570. No se establece un límite de tiempo de hospitalización, no existe una referencia clara a la competencia del paciente, relegando la decisión enteramente al médico tratante. Además, no considera la especialidad del médico que indica dicha hospitalización.

Otro punto relevante de esta ley es que establece que “el Ministerio de Salud deberá asegurar la existencia y funcionamiento de una Comisión Nacional de Protección de los Derechos de las Personas con Enfermedades Mentales y de Comisiones Regionales de Protección, una en cada región del país, cuya función principal será velar por la protección de derechos y defensoría de las personas con discapacidad psíquica o intelectual en la atención de salud”. Dichas comisiones, además, tienen dentro de sus atribuciones el velar por el cumplimiento de normas de seguridad y de protección de las personas con enfermedades mentales y discapacidad psíquica; en la ley se detalla latamente la conformación y supervisión que dichas comisiones deben tener, tanto a nivel nacional como regional.

Este texto, pese a formar parte de la última ley publicada en Chile relativa a la hospitalización de personas involuntariamente, no logra resolver este problema. Adolece además de otras dificultades, pues en realidad la ley no se basa en los derechos de la persona, sino más bien en las restricciones de las cuales es sujeto dado su estado de salud. Describe además en extenso detalle mecanismos de sustitución en las decisiones, pero omite otros mecanismos alternativos a esta decisión, que son los que hoy marcan el camino en muchos países del orbe.

- ***Situación Chilena en relación a la CDPD***

En un estudio realizado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental (2014)⁹², se estableció el nivel de cumplimiento en particular del artículo 14 de la CDPD, entre otros. Algunos de los puntos identificados más relevantes fueron:

- La ley 20.584 reconoce el derecho de la PcDM a dar consentimiento para hospitalización y tratamiento pero sin mecanismos de resguardo, lo que incumple parcialmente lo propuesto por la CDPD.
- Las Hospitalizaciones involuntarias son autorizadas por la SEREMI de Salud, la cual depende directamente del Ministerio de Salud. Por lo anterior, no existe en Chile ningún organismo autónomo, ni de salud ni judicial que se relacione y supervise el proceso de las hospitalizaciones involuntarias.
- Además, el principal mecanismo de regulación propuesto en la Ley 20.584, que debiese ser cumplido por la Comisión Nacional o Regional de protección de los derechos de las personas con discapacidad mental, adolece de fallas severas en su implementación. La mayor parte de las regiones no cuenta con la Comisión constituida, y la Comisión Nacional no ha logrado desempeñar una labor constante.
- La ley 20.584 y el DS 570 no establecen ningún mecanismos administrativo ni legal de apelación para la hospitalización involuntaria.

⁹² Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental; Fundación Rostros Nuevos; OPS; Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2014. Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Accesible en <http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/wp-content/uploads/2014/05/informe-ODDHHPDM-final.pdf>

7. EPIDEMIOLOGÍA DE LA HOSPITALIZACIÓN INVOLUNTARIA EN CHILE

No existe ningún estudio descriptivo a nivel nacional sobre la hospitalización involuntaria en Chile. Los únicos datos disponibles son:

- Los datos consignados en el estudio WHO-AIMS (2014), donde las hospitalizaciones involuntarias representan un 1.4% de todos los ingresos en 2004, aumentando hasta un 6.6% en 2012.
- Un estudio de los pacientes hospitalizados en una clínica privada en Santiago de Chile⁹³, que estudió una muestra de 32 pacientes hospitalizados involuntariamente de un total de 1086 hospitalizaciones en un período de 2 años. Destaca que eran principalmente mujeres solteras (62.5%), principalmente con diagnóstico de Trastorno afectivo bipolar (50%) seguido por consumo de sustancias (22%). Este estudio difiere de lo que tradicionalmente se describe en la literatura, pero lo anterior puede deberse al sesgo de selección de usuarios, dado que se trata de una clínica privada de alto costo, algo poco accesible para la realidad del país.
- Un estudio de los pacientes que consultan en 1 año en el servicio de urgencia de una hospital universitario en Santiago de Chile:⁹⁴ de un total de 13520 personas que consultaron al servicio de urgencia de una clínica general en 2008, 551 (4.1%) correspondieron a consultas por motivos de salud mental. De ellas, 53 personas fueron hospitalizadas involuntariamente, lo que corresponde a un 17% de las consultas de salud mental de urgencia. En este grupo, predominantemente se encontraron pacientes hombres, solteros, con síntomas psicóticos, lo que es concordante con la literatura internacional.

⁹³ Santander J (2011). Descripción clínica y socio-demográfica de pacientes psiquiátricos internados involuntariamente bajo el régimen de hospitalización administrativa en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(2), 157-164.

⁹⁴ Santander J (2009). Hospitalizaciones psiquiátricas voluntarias vs involuntarias de pacientes que consultan a un servicio de urgencias general en Chile. *Estudio no publicado*.

- Un estudio de los pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico en Santiago de Chile⁹⁵, que describe a 69 pacientes hospitalizados involuntariamente en 2009 (de un total de 780 hospitalizaciones). De estos pacientes, 68% eran hombres, 95% entre los 18 y 65 años; 82% soltero y 98% desempleado. Del punto de vista diagnóstico destaca que un 57% presentó como diagnóstico esquizofrenia, seguido por trastorno mental orgánico con un 15%. El tiempo promedio de ingreso descrito fue de 43 días.

Considerando lo anterior, es fundamental contar con datos descriptivos sobre la realidad chilena de la Hospitalización Involuntaria en Psiquiatría.

⁹⁵ Gómez M (2010) Involuntary admission, legislation, clinical profiles, and mental health networks in Chile. *Estudio no publicado*.

III. TERCERA PARTE: BREVE ESTUDIO DESCRIPTIVO

El objetivo de este estudio es caracterizar las hospitalizaciones administrativas en Chile. Para lo anterior, inicialmente se solicitó al Ministerio de Salud el registro nacional de las solicitudes de hospitalización administrativa para Chile, desde la entrada en vigencia del DS 570 el 1 de Enero de 2000, hasta Mayo de 2016. El primer dato, que se analizará posteriormente, es que no existe un registro centralizado de esta información. Por indicación de la autoridad ministerial (consulta realizada en junio de 2015 al MINSAL), se solicitó a las autoridades locales (a saber, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, SEREMI) la información relativa a todas las hospitalizaciones administrativas. Para lo anterior se debió recurrir a la Ley 20.285, “Sobre Acceso a la Información Pública”, que establece en su Artículo 10 que “Toda persona tiene derecho a solicitar y recibir información de cualquier órgano de la Administración del Estado, en la forma y condiciones que establece esta ley”.⁹⁶

Metodología:

Se propuso la realización de un estudio observacional descriptivo de las solicitudes de hospitalización administrativa en Chile, entre 2001 y 2016.

Para ello, se solicitó la información relativa a las hospitalizaciones administrativas por oficio a las SEREMI de Salud correspondiente a las quince regiones que componen el país, para todas las solicitudes ingresadas a la SEREMI de Salud correspondiente, entre los períodos comprendidos entre el 1 de Enero de 2001 y el 31 de Mayo de 2016, ambas fechas inclusive.

En dicha solicitud se especificó el requerimiento de los siguientes datos de las personas sobre quienes se emitieran estas resoluciones administrativas, que en ningún caso transgreden la confidencialidad ni el anonimato del mismo, según lo dispuesto por la Ley 20.584:

⁹⁶ Ley 20285 “Sobre Acceso a la Información Pública”, Agosto de 2008, República de Chile. Disponible en <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=276363>

- Fecha de recepción de la Solicitud a la SEREMI correspondiente
- Fecha de internación del paciente
- Sexo del paciente
- Edad del paciente
- Comuna de Residencia del paciente
- Existencia de evaluación psiquiátrica que se adjunte a la solicitud (SI o NO)
- Solicitud se realiza con el paciente ya hospitalizado (SI o NO)
- Diagnóstico del paciente que justifica la solicitud, o causales que hacen necesaria la internación
- Identificación de quién solicita la Internación del paciente: autoridad policial, familia, médico tratante, u otro miembro de la comunidad
- Centro Hospitalario al que se deriva la Solicitud de Internación (identificando si se trata de un centro Público o Privado)
- Solicitud de prolongaciones de la hospitalización

El objetivo propuesto es poder obtener las tasas de Hospitalizaciones Involuntarias en Chile, por región, y poder caracterizar estos datos en relación a las variables previamente descritas.

Para el análisis de los datos y tasas, se realizó un análisis estadístico de variables discretas con el Software R⁹⁷, utilizando un modelo de Poisson para regresión lineal simple. Se calcularon las tasa marginales (Tasa marginal 1, considerando las series incompletas; tasa marginal 2, considerando el número total de solicitudes de hospitalización, y tasa marginal 3 o tasa predicha) , y generaron los gráficos adjuntos.

⁹⁷ R Core Team (2013). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Accesible en <http://www.R-project.org/>.

Resultados

El primer resultado a destacar es que en Chile no existe ningún registro centralizado, a nivel país, de las hospitalizaciones involuntarias autorizadas por las distintas SEREMI de Salud. Al realizar la solicitud de la información a cada SEREMI de manera individual, destaca que ninguna de las SEREMI de Salud cumple con lo exigido en el DS 570 respecto a la protección y registro de los datos de hospitalizaciones involuntarias a contar de la fecha de vigencia de dicha normativa. Respecto de los datos disponibles, sólo 2 de las 15 SEREMI (13%) cuentan con datos completos de acuerdo a la solicitud realizada, pero a contar del año 2008. En la Tabla 4 se resumen los datos disponibles por Región. Se indica el Número y Nombre de la Región, la cantidad de Datos Disponibles (número total cuando sólo se refieren al número de hospitalizaciones involuntarias por año; parciales cuando se entregan algunos de los datos solicitados, y completos cuando se entrega la totalidad de los datos solicitados).

TABLA 4: Resumen de los datos Obtenidos de las SEREMI de Salud.

Región	Datos Disponibles	Año de inicio
I. Tarapaca	número total	2014
II. Antofagasta	número total	2008
III. Atacama	número total	2007
IV. Coquimbo	parciales	2005
V. Valparaiso	parciales	2013
VI. O Higgins	completos	2007
VII. Maule	número total	2011
VIII. Bio Bio	parciales	2012
IX. La Araucania	número total	2010
X. Los Lagos	No aporta datos	N/D
XI. Aysen	completos	2008
XII. Magallanes y Antártica	número total	2008
XIII. Metropolitana	número total	2008
XIV. Los Rios	parciales	2008
XV. Arica y Parinacota	parciales	2013

-Completos: aporta todos los datos solicitados

-Parciales: aporta indistintamente sólo algunos de los datos solicitados

-Número Total: aporta sólo el número total de solicitudes, sin ningún otro dato

-No Aporta Datos

De los datos generales, un 47% de las regiones entrega sólo el número total de las Solicitudes de Hospitalizaciones Administrativas (7 de las 15 regiones); un 33% datos parciales, heterogéneos (5 regiones); y sólo un 13% entrega datos completos (2 regiones), incluyendo las hospitalizaciones efectivamente realizadas; 1 de las regiones rehúsa entregar datos, argumentando falta de recursos humanos para ello (7%). Un 33% de las regiones cuentan con datos desde 2008, mientras que un 40% tienen datos con posterioridad a 2010 (6 regiones).

Dada la escasez de los datos obtenidos, no es posible realizar un análisis detallado de las características propuestas para este estudio, como ser hospitalización, edad, sexo, diagnóstico y tipo de solicitud, antecedentes que la acompañaban y duración de la hospitalización. Se complementaron los datos aportados por las SEREMI con los publicados en los reportes WHO-AIMS de 2007 y 2012, con lo cual es posible completar una línea de tiempo mínima respecto al número total de solicitudes de Hospitalización Involuntaria en Chile (Tabla 5).

Se discutirán, entonces, los datos disponibles sobre el número total de solicitudes de Hospitalizaciones Involuntarias desde 2010 hasta 2015, considerando que aún así hay varias series de datos incompletas. Posteriormente se realizó un cálculo de tasas en relación a la población oficial de Chile según el Instituto Nacional de Estadística. Finalmente, se calculó la tasa de Hospitalización Involuntaria por 100.000 habitantes para cada región y año.

**TABLA 5: Número Total de Solicitudes a SEREMI de Hospitalización
Involuntaria, por año y por Región.**

Regiones	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tarapaca	37	21	30	27	43	47
Antofagasta	48	49	51	40	49	54
Atacama	18	46	67	97	104	131
Coquimbo	91	52	105	79	68	95
Valparaíso	S/I	S/I	231	60	159	262
O Higgins	38	65	74	44	102	83
Maule	S/I	47	49	36	120	34
Bio Bio	S/I	S/I	138	371	322	435
La Araucanía	119	128	77	109	136	178
Los Lagos	S/I	S/I	65	67	97	78
Aysén	26	23	34	33	29	36
Magallanes y Antártica	12	21	18	18	37	29
Santiago	525	737	705	530	774	744
Los Ríos	2	3	9	14	19	14
Arica y Parinacota	S/I	S/I	S/I	42	22	28
TOTAL PAÍS	916	1192	1653	1567	2081	2248

*en número de casos

**S/I: Sin información disponible

TABLA 6: Número de Habitantes por Región, por Año.*

Regiones	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tarapaca	297571	305138	312965	320843	328782	336769
Antofagasta	576262	585438	594755	604025	613328	622640
Atacama	291234	295598	299863	304035	308247	312486
Coquimbo	710780	722998	735178	747250	759228	771085
Valparaíso	1736603	1754653	1772714	1790564	1808300	1825757
O Higgins	877559	886178	894409	902449	910577	918751
Maule	1005291	1013186	1020830	1028201	1035593	1042989
Bio Bio	2044483	2059171	2073349	2086833	2100494	2114286
La Araucanía	957489	964096	970722	977133	983499	989798
Los Lagos	808564	815756	822299	828431	834714	841123
Aysén	103400	104421	105388	106353	107334	108328
Magallanes y Antártica	160045	161007	161919	162828	163748	164661
Santiago	6887859	6971899	7057491	7142893	7228581	7314176
Los Ríos	390096	393072	395924	398707	401548	404432
Arica y Parinacota	218906	222916	226993	231034	235081	239126
TOTAL PAÍS	17066142	17255527	17444799	17631579	17819054	18006407

*Datos Oficiales obtenidos del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile.⁹⁸

⁹⁸ Instituto Nacional de Estadísticas. PAÍS Y REGIONES TOTAL: ACTUALIZACIÓN POBLACIÓN 2002-2012 Y PROYECCIONES 2013-2020. Accesible en <http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales>

TABLA 7: TASA de solicitudes a SEREMI de Hospitalización Involuntaria, por año y por Región, por 100.000 habitantes.

Región	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tarapaca	12,4	6,9	9,6	8,4	13,1	14,0
Antofagasta	8,3	8,4	8,6	6,6	8,0	8,7
Atacama	6,2	15,6	22,3	31,9	33,7	41,9
Coquimbo	12,8	7,2	14,3	10,6	9,0	12,3
Valparaíso	S/I	S/I	S/I	3,4	8,8	14,4
O Higgins	4,3	7,3	8,3	4,9	11,2	9,0
Maule	S/I	4,6	4,8	3,5	11,6	3,3
Bio Bio	S/I	S/I	6,7	17,8	15,3	20,6
La Araucanía	12,4	13,3	7,9	11,2	13,8	18,0
Los Lagos	S/I	S/I	S/I	8,1	11,6	9,3
Aysén	25,1	22,0	32,3	31,0	27,0	33,2
Magallanes y Antártica	7,5	13,0	11,1	11,1	22,6	17,6
Metropolitana	7,6	10,6	10,0	7,4	10,7	10,2
Los Ríos	0,5	0,8	2,3	3,5	4,7	3,5
Arica y Parinacota	S/I	S/I	S/I	18,2	9,4	11,7
Tasa Marginal 1	S/I	S/I	S/I	8,9	11,7	12,5
Tasa Marginal 2	5,4	6,9	7,8	8,9	11,7	12,5
Tasa Marginal 3	8,1	10,1	10,1	8,5	11,5	11,8

*S/I: Sin Información disponible.

Gráfico 1: Tasas de Hospitalización Involuntaria por 100.000 habitantes

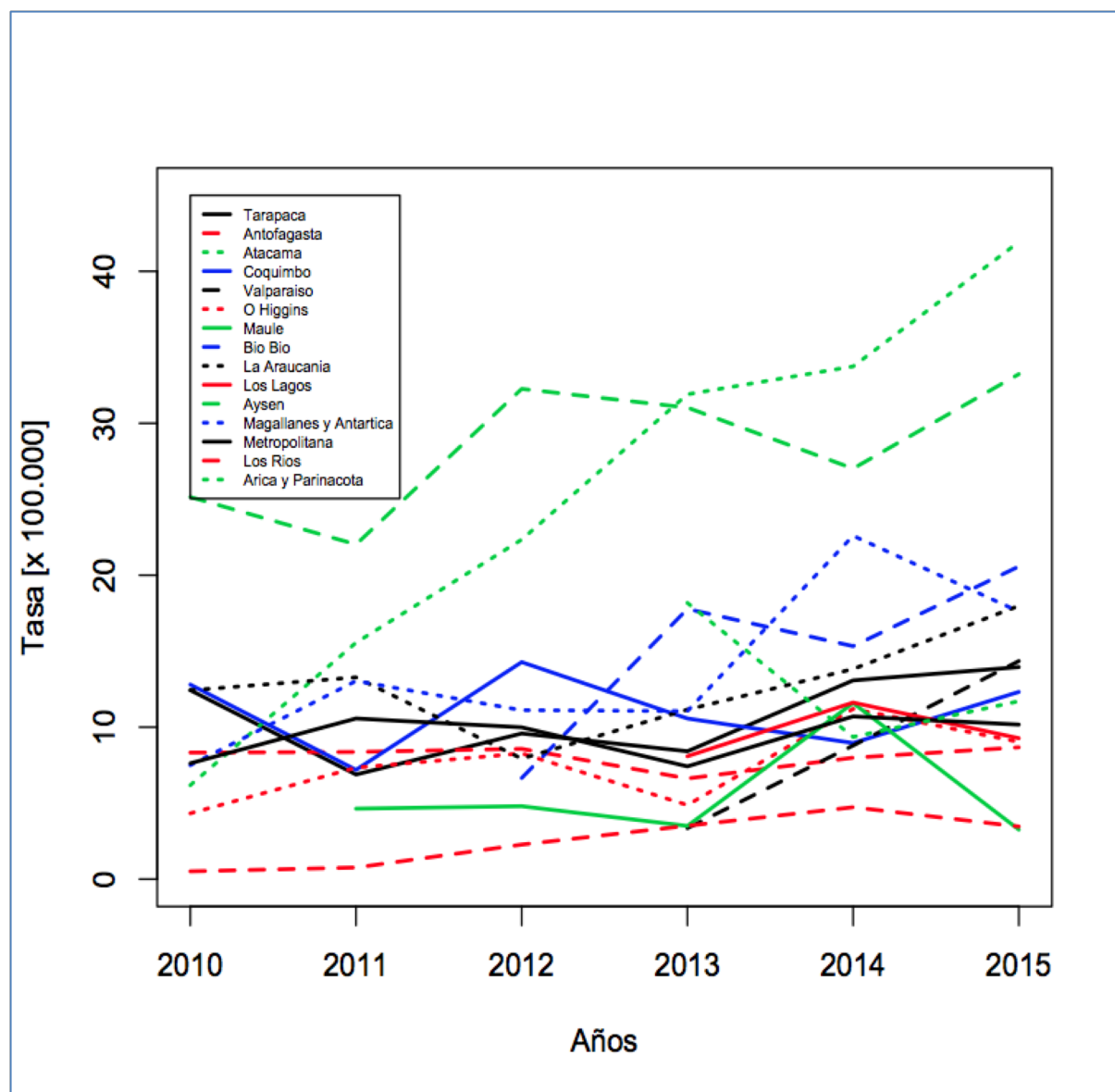
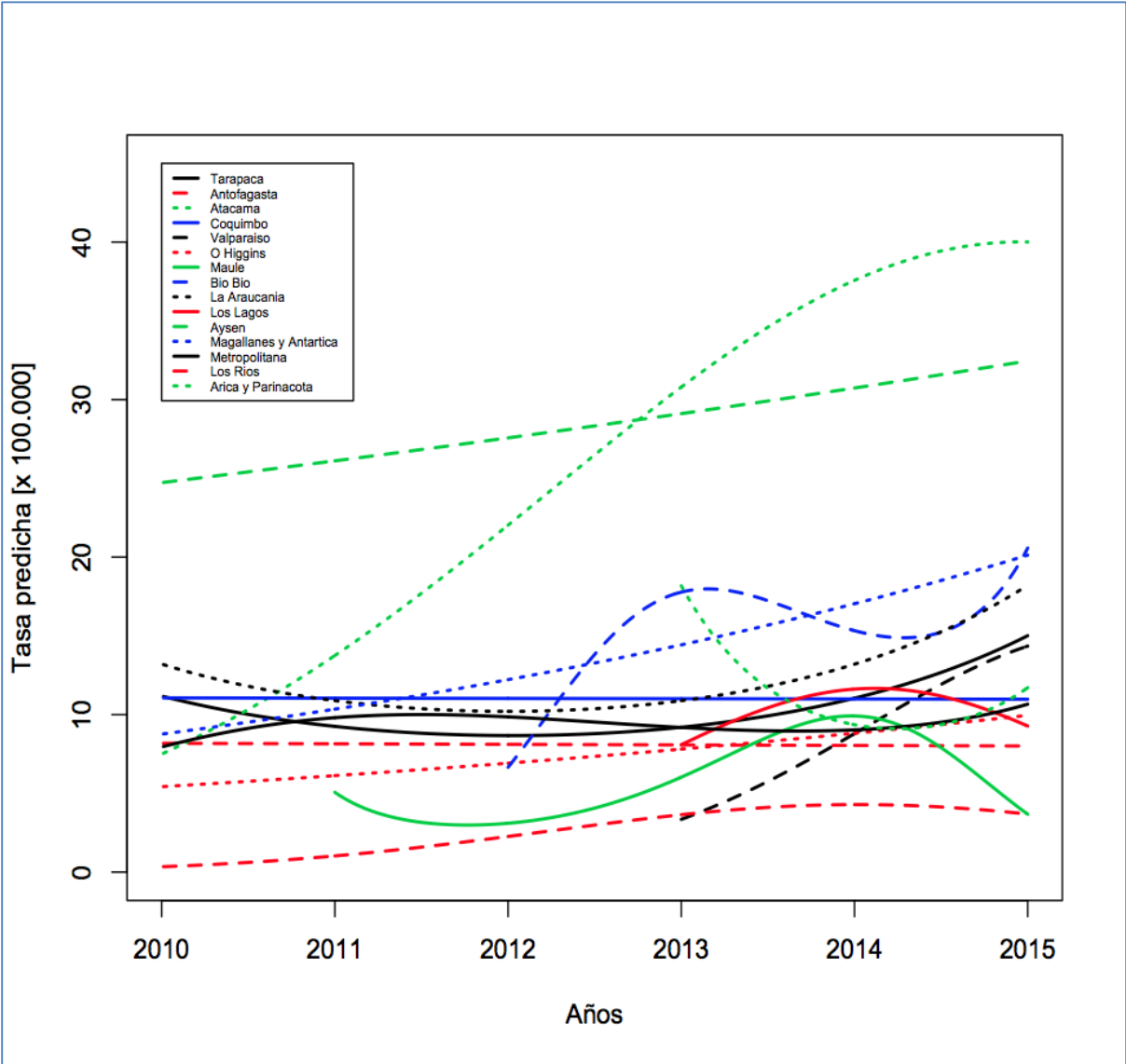


Gráfico 2: Tasas predichas de Hospitalización Involuntaria por 100.000 habitantes



Discusión

El primer punto a destacar es que los datos obtenidos hablan del número de solicitudes de Hospitalización involuntaria, pues en Chile no existe ningún registro de las Hospitalizaciones Involuntarias efectivamente ejecutadas por los dispositivos sanitarios.

Se obtuvieron las tasas de solicitud de hospitalización para las 15 regiones del país, donde las mayores tasas se registran en las regiones de Atacama y Aysén. Pese a que no es posible demostrar una relación estadísticamente significativa, destaca que en ambas regiones el desarrollo del modelo comunitario ha enfrentado múltiples dificultades. En datos del WHO-AIMS de Chile (2014), ambas son las únicas dos regiones que a 2012 aún no contaban con centros comunitarios de Salud Mental.

La Tasa estimada para el país va desde 5.4 por 100.000 en 2010 hasta 12.5 por 100.000 en 2015. Si extrapolamos estos datos a las tasas de hospitalización involuntaria a nivel mundial, esto situaría a Chile dentro de los países con una baja tasa de Hospitalización Involuntaria. Sin embargo, esa inferencia no es posible de sustentar, dado que los datos a los que se tuvo acceso sólo reflejan el número de solicitudes de Hospitalización Involuntaria, manteniéndose la interrogante sobre el número real de dichas hospitalizaciones que se llevan a cabo.

En este sentido, es válida la reflexión respecto a que aquellas regiones con menor desarrollo de su red comunitaria de salud mental, así como menor disponibilidad de camas de hospitalización psiquiátrica, podrían emitir solicitudes de hospitalización involuntaria con mayor frecuencia, toda vez que el DS 570 indica que, ante la eventualidad de que exista falta de camas para cursar la internación será la Autoridad Sanitaria la encargada de generar los mecanismos para dar respuesta a dicha solicitud. Un argumento a favor de lo antes expuesto es la estabilidad de las solicitudes de hospitalización involuntaria de la Región Metropolitana (en torno a las 10 por 1000.000 habitantes), donde se concentra la mayoría de los dispositivos de hospitalización psiquiátrica, así como los equipos de salud mental comunitaria.

Es fundamental, entonces, poder contar con un mejor registro de las Hospitalizaciones Involuntarias en Chile, a fin de poder relacionarlas además con el desarrollo de las redes de salud mental comunitaria.

IV. CONCLUSIONES

Una legislación específica en salud mental puede tener un enorme impacto en organizar la provisión de servicios de salud mental, estructurar normas y armonizar legislaciones. Esto es particularmente crítico en relación a la hospitalización involuntaria en psiquiatría.

Tanto en Chile como en el mundo entero la hospitalización involuntaria es un tema profundamente controversial, que ha motivado la creación de instrumentos legales internacionales y vinculantes, como es la CDPD y la creciente actividad de su Comité. Vale la pena realizar la reflexión sobre la naturaleza de la opción que muestra este Comité, particularmente en la interpretación que hace en relación a la Salud Mental.

A modo de contraste, si una persona sufre un accidente cerebrovascular en la vía pública, o un grave accidente de tránsito, y requiere de medidas de intervención enérgicas para salvar su vida, como pudiese ser una amputación o cualquier intervención Irreversible, siempre primará la buena práctica médica y la protección de los pacientes. En este sentido, ¿por qué la Salud Mental debe ser discriminada de modo tan flagrante? ¿Por qué un paciente con un cuadro psicótico, del cual hoy comprendemos su neurobiología, debe considerarse completamente fuera del foco de lo médico? Es cierto que la historia de la Salud Mental carga con estigma y discriminación, pero desde un punto de vista analítico impresiona que es ese mismo estigma y discriminación el que se perpetúa y actualiza en las propuestas que el Comité ha interpretado a la luz de la Convención, sobre todo negando a estos pacientes la posibilidad de recibir tratamiento aún cuando su condición clínica no les permita comprenderlo y aceptarlo. Es fundamental que los grupos de decisión incluyan la mirada de los clínicos, toda vez que lo que aquí se está regulando es directamente un quehacer médico. Del mismo modo se debe considerar de un modo más amplio la visión que tienen los usuarios y pacientes, así como también los familiares de quienes viven aquejados por enfermedades psiquiátricas graves; muchas veces son ellos los principales defensores de las medidas de protección como única manera de proteger la integridad física de la persona en situaciones extremas. Del mismo modo, considerar otras estrategias como las indicaciones por adelantado y la toma de decisiones

acompañado deben ser consideradas como buenas prácticas, y no quedar relegadas al olvido por motivos principalmente políticos.

Si bien es cierto se puede considerar que la psiquiatría es responsable de la creación de lugares horribles donde sean vulnerados sistemáticamente los derechos humanos de los pacientes, como han sido los grandes hospitales psiquiátricos, también es cierto que la Salud Mental comunitaria logra ser más justa, más respetuosa de los derechos de las personas, y puede ayudar a mitigar y muchas veces incluso resolver el sufrimiento de personas, familias y comunidades completas. Es inaceptable la caricaturización del quehacer de los equipos de salud mental, en el sentido de hacerlos plena e ineludiblemente responsables de prácticas vejatorias hacia los pacientes, como si ello fuera una realidad incuestionable universalmente, o un dogma. Tampoco se debe caer en la ingenuidad y la ceguera hacia los abusos y violaciones a los derechos humanos que se pueden cometer bajo el alero de la salud mental.

En definitiva, una mirada moderna debe incluir el esfuerzo de generar mecanismos de protección a las personas y sobre todo marcos regulatorios claros, con organismos autónomos del control de la autoridad sanitaria, que además de tener la posibilidad de velar por el cumplimiento de sus normas puedan contar con recursos y capacidades de tomar acciones punitivas cuánto se transgredan o amenacen los derechos de las personas. Todo lo anterior no puede significar la desaparición conceptual de la Salud Mental como área de la medicina. Esto, sobre todo considerando que la Convención y los comentarios que el Comité emitan tienen el carácter vinculante hacia los Estados miembros, lo que debe suponer una responsabilidad máxima al momento de su generación. La estabilidad completa del sistema legal internacional depende de las buenas prácticas al momento de la generación de sus estándares, y situaciones como lo ocurrido con el comentario del Comité al Artículo 12, y el informe del Alto Comisionado (2017) llevan a este sistema a una tensión nociva y artificiosa.

Chile no cuenta con un cuerpo normativo articulado y coherente en relación a la hospitalización involuntaria. La mayor parte de los documentos regulatorios sectoriales se encuentran desactualizados y no consideran nuevos contenidos ni las obligaciones

vinculantes que Chile ha suscrito en los últimos años, como tampoco los múltiples cambios introducidos al sector salud y en particular a la provisión y organización de los servicios de salud mental en el país.

Es necesario avanzar en la coordinación de los sectores salud y Justicia, que está insuficientemente regulada. Es fundamental alinear aspectos esenciales como las definiciones pero también aspectos procedurales y técnicos entre ambos sectores. La evaluación del proceso de hospitalización involuntaria debe ser fruto de un proceso de trabajo colaborativo entre ambos.

La hospitalización involuntaria podría considerar a la Justicia como el organismo encargado de velar por los derechos de las personas de una Como se mencionó previamente, el estándar internacionales sugiere que existan organismos judiciales o mixtos con competencias específicas, preparados para cumplir esta labor exclusivamente. Es un problema grave que en Chile todo el proceso de hospitalización involuntaria, desde la instalación de la solicitud, pasando por la evaluación y llegando incluso a la ejecución de la misma depende íntegramente del sector salud.

La Comisión Nacional y las Comisiones Regionales de Protección de los derechos de las personas con enfermedad mental deben ser los órganos de revisión de múltiples procesos en el sistema sanitario Chile. Es un problema que debe ser abordado de manera urgente el que estos organismos aún no se encuentren completamente instalados en el territorio, y la carencia de autonomía y capacidades resolutorias.

Por otra parte, una ley de Salud Mental debiese considerar mecanismos alternativos a la hospitalización involuntaria, como las indicaciones o directrices por adelantado. De esta forma, las personas pueden ser parte efectiva y concretamente de las decisiones que puede ser necesario tomar en momentos en que su estado de conciencia se encuentra alterado.

Algunas recomendaciones que se desprenden del estudio EUNOMIA, y que son completamente aplicables a la situación chilena, son las siguientes:

- Estandarizar la hospitalización involuntaria en todas las regiones del país y en todos los servicios de salud, en términos de normas y procedimientos;
- Proveer información en los pacientes sobre los motivos hospitalización y su posible duración;
- Proteger los derechos de los pacientes durante la hospitalización;
- Involucrar a los miembros de la familia en el proceso de hospitalización involuntaria;
- Mejorar la comunicación entre la comunidad y los equipos hospitalarios;
- Organizar encuentros, seminarios y focus-groups con los usuarios;
- Desarrollar cursos de entrenamiento para los profesionales involucrados en la hospitalización sobre: conductas agresivas, aspectos clínicos de los trastornos mentales, aspectos legales y administrativos sobre la hospitalización involuntaria, y habilidades de comunicación

Considerando, además, los resultados de este estudio, se debe considerar con urgencia la implementación de un sistema unificado de registro de las Hospitalizaciones involuntarias en Chile, que permita llevar una adecuada estadística y sobre todo un control y descripción sobre la indicación de este procedimiento técnico-administrativo en Chile.

REFERENCIAS

1. Almeida T, Molodynski A. Compulsory admission and involuntary treatment in Portugal. <i>BJPsych Int</i> 13 (1), 2016 Feb; 17-19.
2. Arancibia E, et al. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. En “Temas de la Agenda Pública”, Año 9 / No 67 / abril 2014. Ediciones PUC.
3. Azulay A. Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal? <i>An. Med. Interna (Madrid)</i> vol.18 no.12 dic. 2001
4. Bastías G, Valdivia G. REFORMA DE SALUD EN CHILE; El Plan Auge o Régimen De Garantías Explícitas En Salud (GES). Su Origen Y Evolución. <i>Boletín Escuela De Medicina UC, Pontificia Universidad Católica De Chile</i> Vol. 32 N°2 2007.
5. Brisso S, et al. "Compulsory admission to a Portuguese psychiatric hospital: retrospective study of 497 involuntary admissions." <i>BMC Psychiatry</i> 7.S1 (2007): P2.
6. Caldas de Almeida, J. M. (2009) Portuguese National Mental Health Plan (2007–2016) executive summary. <i>Mental Health in Family Medicine</i> , 6, 233–244.
7. Chodoff P. Involuntary hospitalization of the mentally ill as a moral issue. <i>Am J Psychiatry</i> 1984; 141 (3): 384-9.
8. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, en https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/committee-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-3.html (Accesado en Diciembre 2016).
9. Committee on the Rights of Persons with Disabilities, UN. Mayo 2016. Portugal: Concluding observations on the initial report of Portugal. Accesible vía WHO-MINDbank en http://www.mindbank.info/item/6548
10. Constitución Política de la República de Chile, en http://www.dt.gob.cl/legislacion/1611/articles-81837_recurso_1.pdf (Accesado en octubre 2015).
11. Convención Europea para la protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales Accesible en: http://www.derechoshumanos.net/Convenio-Europeo-de-Derechos-Humanos-CEDH/
12. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. ONU 2008. Accesible en http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf
13. Craw, J., & Compton, M. T. (2006). Characteristics associated with involuntary versus voluntary legal status at admission and discharge among psychiatric inpatients. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i> , 41(12), 981–988.
14. dos Reis, Teresa, et al. "Psiquiatras e Autoridades de Saúde Pública: diferentes

perspectivas acerca da necessidade de internamento compulsivo." <i>Psilogos</i> 13.1 (2015): 44-50.
15. Drake, R. E., & Latimer, E. (2012). Lessons learned in developing community mental health care in North America. <i>World Psychiatry</i> , 11(1), 47-51.
16. Drew, N., Funk, M., Tang, S., Lamichhane, J., Chávez, E., Katontoka, S. & Saraceno, B. (2011). Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. <i>The Lancet</i> , 378(9803), 1664-1675.
17. Fernández Vázquez, A. y Mañá Ares, R. (2016). El legado islámico en los cuidados psiquiátricos. <i>El Maristán de Granada. Cultura de los Cuidados</i> (Edición digital), 20(45). Accesible en: http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2016.45.06
18. Fiorillo A, De Rosa C, Del Vecchio V, Jurjanz L, Schnall K, Onchev G, Alexiev S, Raboch J, Kalisova L, Mastrogiani A, Georgiadou E, Solomon Z, Dembinskas A, Raskauskas V, Nawka P, Nawka A, Kiejna A, Hadrys T, Torres-Gonzales F, Mayoral F, Björkdahl A, Kjellin L, Priebe S, Maj M, Kallert T. How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: suggestions from the EUNOMIA study. <i>Eur Psychiatry</i> . 2011 May;26(4):201-7.
19. Freeman M, Kolappa K, Caldas de Almeida J, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <i>The Lancet Psychiatry</i> , Volume 2, Issue 9, 844 - 850
20. German Statement on the Draft General Comment on Article 12 CRPD, en Freeman M, Kolappa K, Caldas de Almeida J, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <i>The Lancet Psychiatry</i> , Volume 2, Issue 9, 844 - 850
21. Gibbons, R. D., Hur, K., & Mann, J. J. (2017). Suicide Rates and the Declining Psychiatric Hospital Bed Capacity in the United States. <i>JAMA psychiatry</i> .
22. Gómez M (2010) Involuntary admission, legislation, clinical profiles, and mental health networks in Chile. Estudio no publicado.
23. González M, Jeria A, et al. "Avanzando al desarrollo de una propuesta de Ley de Salud Mental en Chile: marco legislativo de promoción y protección de los grupos de mayor vulnerabilidad y riesgo". En "Propuestas para Chile 2014", Capítulo III, págs. 89-118. Pontificia Universidad Católica de Chile.
24. Graca J, Klut C, Trancas B, Borja-Santos N, Cardoso G. Characteristics of frequent users of an acute psychiatric inpatient unit: a five-year study in Portugal. <i>Psychiatr Serv</i> . 2013 Feb 1;64(2):192-5.
25. Hawaii Declaration (1983), Accesible en http://www.codex.vr.se/texts/hawaii.html
26. Hoffman SJ, Sritharan L, Tejpar A. Is the UN Convention on the Rights of Persons

with Disabilities Impacting Mental Health Laws and Policies in High-Income Countries? A Case Study of Implementation in Canada. BMC Int Health Hum Rights. 2016 Nov 11;16(1):28.
27. Instituto Nacional de Estadísticas. PAÍS Y REGIONES TOTAL: ACTUALIZACIÓN POBLACIÓN 2002 2012 Y PROYECCIONES 2013-2020. Accesible en http://www.ine.cl/estadisticas/demograficas-y-vitales .
28. Jeria Á, Correa M. Chile y su Sistema de Salud: la próxima Reforma. En Desarrollo Humano y Solidario: nuevas ideas para Chile. Ed. Idea País, 2016.
29. Jeria Á, et al. Ministerio de Salud, Chile. Modelo de Gestión de las Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP). DIGERA, MINSAL. 2016..
30. KALLERT TW, GLÖCKNER M, ONCHEV G, et al. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. World Psychiatry. 2005;4(3):168-172.
31. Kelly BD. An end to psychiatric detention? Implications of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Br J Psychiatry. 2014 Mar;204(3):174-5.
32. Lamb HR, Bachrach LL. Some Perspectives on Deinstitutionalization. Psychiatric Services 2001 Aug;52(8):1039–45.
33. Ley 20.285 “Sobre Acceso a la Información Pública”, Agosto de 2008, República de Chile. Disponible en http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=276363
34. Ley 20.584, que Regula Los Derechos Y Deberes Que Tienen Las Personas En Relación Con Acciones Vinculadas A Su Atención En Salud Accesible en http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348
35. McLachlan AJ, Mulder RT. Criteria for involuntary hospitalisation. Aust NZJ Psychiatry. 1999 Oct;33(5):729-33.
36. Mental Health Atlas, Geneva, World Health Organization, 2014.
37. Minoletti, A, Zaccaria A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. Revista Panamericana de Salud Pública, 18(4-5), 346-358.
38. Monitoring the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Guidance for human Rights Monitors. UN High Commissioner for Human Rights. Professional training series 17. UN 2010.
39. Mundt, Adrian P., et al. "Psychiatric hospital beds and prison populations in South America since 1990: does the Penrose hypothesis apply?." JAMA psychiatry 72.2 (2015): 112-118.
40. Munk-Jørgensen P. Has deinstitutionalization gone too far?. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 1999;249(3):136–43.
41. Ng XT, Kelly BD. Voluntary and involuntary care: three-year study of demographic

and diagnostic admission statistics at an inner-city adult psychiatry unit. <i>Int J Law Psychiatry</i> . 2012 Jul-Aug;35(4):317-26.
42. Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental; Fundación Rostros Nuevos; OPS; Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, 2014. Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Accesible en http://www.observatoriodiscapacidadmental.cl/wp-content/uploads/2014/05/informe-ODDHHHPDM-final.pdf
43. ONU. Asamblea General de las Naciones Unidas A/61/611 Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Diciembre 2006. https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html (Accesado el 10 de Diciembre de 2015)
44. ONU. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. E/C.12/2000/4, CESCR OBSERVACION GENERAL 14. (General Comments), en http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf (Accesado en Diciembre 2016).
45. Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M (Eds). <i>Global mental health: principles and practice</i> / edited by. Oxford University Press 2014
46. Pathare S, Shields L, Nardodkar R, Narasimhan L, Bunders J. What do service users want? A content analysis of what users may write in psychiatric advance directives in India. <i>Asian J Psychiatr</i> . 2015 Apr;14:52-6. En Freeman et al., <i>Lancet</i> 2015.
47. Polido F, Bastos H, et al., P-675 - Compulsory hospital admission - use or abuse?, <i>European Psychiatry</i> , Volume 27, 2012, Page 1, ISSN 0924-9338,
48. Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 304/2009 (Mental Health (Amendment) Decree-Law 2009). Accesible vía WHO-MINDbank http://www.mindbank.info/item/3158
49. Portugal, Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 35/99 (Decree-Law no. 35/99). Princípios orientadores da organização, gestão e avaliação dos serviços de psiquiatria e saúde mental. Accesible vía WHO-MINDbank http://www.mindbank.info/item/2333
50. Portugal; Ministry of Labour and Solidarity; Ministry of Health (1998). Lei de Saúde Mental – Lei n.º 36/98 (Mental Health Law 36/98). Capítulo I, “Disposiciones Generales”. Artículo 3ero, Princípios gerais de política de saúde mental. Inciso 1, letras A-D. Accesible en WHO-MINDbank vía http://www.mindbank.info/item/3149
51. Priebe S, et al. Patients' views of involuntary hospital admission after 1 and 3 months: prospective study in 11 European countries. <i>Br J Psychiatry</i> . 2010 Mar;196(3):179-85.
52. R Core Team (2013). <i>R: A language and environment for statistical computing</i> . R

Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Accesible en http://www.R-project.org/ .
53. República de Chile, Ministerio de Salud, Departamento de Asesoría Jurídica. Reglamento para la internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. En: República de Chile, Ministerio de Salud. DTON°570/98. D.OF. 14.07.00; 2000. Accesible en http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-570_14-JUL-2000_internacion%20personas%20enfermedades%20mentales.pdf
54. Salize HJ, Dressing H, et al. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report, for the European Commission Health & Consumer Protection. Germany, 2002.
55. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union.Br J Psychiatry. 2004 Feb;184:163-8.
56. Santander J (2009). Hospitalizaciones psiquiátricas voluntarias vs involuntarias de pacientes que consultan a un servicio de urgencias general en Chile. Estudio no publicado.
57. Santander J (2011). Descripción clínica y socio-demográfica de pacientes psiquiátricos internados involuntariamente bajo el régimen de hospitalización administrativa en Chile. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 49(2), 157-164.
58. UN Human Rights Council, 34th Session, 2017. A/HRC/34/32 Mental health and human rights - Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Accesible en: https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/021/37/PDF/G1702137.pdf?OpenElement
59. UN. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care.In: UN, editor. GA Res 119: UN GAOR; 1991.
60. WHO (2014). WHO-AIMS: SIstema de Salud Mental en Chile, 2do informe.
61. WHO Mental Health Atlas, Geneva, World Health Organization, 2005.
62. WHO Mental Health Atlas, Geneva, World Health Organization, 2014.
63. WHO Mental Health Global Action Programme (mhGAP), WHO.Accesible en: http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/
64. WHO Promoting The Rights Of People With Mental Disabilities. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://www.who.int/mental_health/policy/services/en/index.html , accessed 4 September 2007; Mental Health, Human rights and Legislation Information Sheet, Sheet1).
65. WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation.Geneva, World Health Organization, 2005. .
66. WHO. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.Geneva,

World Health Organization, 2005.
67. World Bank. Countries according to Income rating. Accesible en http://data.worldbank.org/
68. Xavier M. “Portugal”, en Salize HJ, Dressing H, et al. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report, for the European Commission Health & Consumer Protection. Germany, 2002.
69. Zinkler M, Priebe S. Detention of the mentally ill in Europe--a review. Acta Psychiatr Scand. 2002 Jul;106(1):3-8.